



---

## **Rapport de visite :**

4 au 13 mars 2019 – Première visite

Centre hospitalier spécialisé

Vauclaire

*(Dordogne)*

## SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier spécialisé Vauclaire, en Dordogne, du 4 au 13 mars. Il s'agissait du premier contrôle réalisé par le CGLPL.

Un rapport provisoire a été adressé à la direction de l'établissement, à la délégation territoriale de l'ARS, au préfet du département et au président du TGI de Bergerac. Les observations de la directrice de l'établissement et du directeur de l'ARS, seules recueillies dans les délais impartis ont été prises en compte dans le présent rapport définitif.

L'établissement, ouvert en 1919, est déployé sur plusieurs sites : Montpon-Ménéstérol, Bergerac et Périgueux avec une capacité de 291 lits au total et un maillage territorial dense de structures ambulatoires. Les patients en soins sans consentement représentent 38% des hospitalisations complètes. Ils sont pris en charge dans des unités fermées situées à Montpon-Ménéstérol (une USIP - unité de soins intensif de recrutement national - de dix lits et une unité de vingt lits) et Bergerac (une unité vingt-cinq lits) qui présentent des taux d'occupation de 81 et 92%. Les deux sites reçoivent des personnes détenues à Mauzac et Neuvic ; ces patients passent pour la plupart tout le temps de leur séjour en chambre d'isolement.

Le site de Bergerac (soixante lits en trois unités), ouvert en 2012, dispose de locaux récents et adaptés aux besoins des patients comme du personnel. Celui de Montpon-Ménéstérol (113 lits en cinq unités) présente des locaux plus hétérogènes, parfois anciens mais tous bien entretenus. Cependant toutes les chambres ne sont pas dotées de sanitaires ni de verrous intérieurs. L'accès à l'air libre est possible dans tous les services.

Le budget est revenu à l'équilibre grâce à une gestion rigoureuse mais aussi à la fermeture de lits au cours des dernières années.

La chaîne d'encadrement : direction, directeur des soins, cadres de pôles, cadres d'unités, est apparue solide et impliquée, très soutenante pour les équipes de soins. Malgré cela le personnel a exprimé ses inquiétudes pour l'avenir de l'établissement, plusieurs projets étant évoqués sans que l'agence régionale de santé n'en ait validé aucun. Lors de la visite des contrôleurs, le volet santé mentale du groupement hospitalier de territoire n'était pas finalisé et le projet médical d'établissement datait de 2014.

Le pôle de Bergerac est doté d'une équipe médicale stable. Le site de Montpon-Ménéstérol en revanche, très isolé géographiquement, peine cruellement à recruter des médecins psychiatres, ce de longue date et particulièrement dans les unités de soins sans consentement. L'appel à des médecins intérimaires, parfois sur des périodes très courtes, emporte des conséquences néfastes sur le suivi au long cours des patients, l'encadrement et la dynamique des équipes, la construction de projets de services, la réflexion collégiale de l'équipe médicale et l'établissement d'un projet global. Les gardes sont assurées par des médecins somaticiens, eux-mêmes en nombre contraint. Ils ne visitent les patients qu'à la demande, même pour une personne contenue.

**La situation de l'USIP est apparue particulièrement préoccupante.** Des médecins intérimaires s'y succèdent depuis plusieurs années, le projet de service rédigé en 2011 n'est ni évalué ni interrogé, les patients sont tous enfermés la nuit et durant la sieste dans le cadre du règlement de l'unité, sans décision médicale individualisée quotidienne. D'ailleurs le service n'est composé que de chambres d'isolement, sans aucun mobilier ou accessoire personnel autorisé, pas même les vêtements (jogging d'hôpital). Pour autant, les patients ont tous exprimé un ressenti positif de leur prise en charge dans cette unité et le personnel est apparu soudé, investi et très bien encadré mais ceci ne peut permettre de justifier le fonctionnement d'une unité de soins intensifs

dans laquelle le temps d'exercice des médecins est le plus souvent moindre que le temps de séjour des patients (quatre mois) et leur degré d'investissement très variable.

Cette unité particulière mise à part, l'établissement se caractérise par une politique soutenue d'activités thérapeutiques, conduites par des ergothérapeutes et du personnel soignant formé. Le site de Montpon-Ménéstérol dispose en outre de locaux spécifiques de grande qualité et du concours de diverses associations de soignants. Cependant, en l'état des réductions de personnel et d'un absentéisme en augmentation, les activités au sein des unités sont irrégulières, comme les accompagnements pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir seuls de leur unité.

La prise en charge des patients âgés ou au long court est pleinement investie, dans des unités dédiées. De même l'unité d'hospitalisation pour adolescents offre un cadre de soins de qualité.

Concernant l'information des patients sur leurs droits, l'établissement s'est montré très réactif aux observations mentionnées dans le rapport provisoire, notamment en actualisant le livret d'accueil des mentions qui faisaient défaut, en invitant les représentants des usagers à des réunions de cadres et de médecins et en inscrivant au calendrier de formation 2020 une formation sur cette thématique.

Les registres de la loi sont bien tenus mais peu contrôlés. La CDSP ne parvient pas toujours à se rendre dans l'établissement deux fois par an, les chefs de juridiction (hormis en qualité de membre de la CDSP), les maires et le représentant de l'Etat ne réalisent pas les visites annuelles auxquelles ils sont tenus.

Les audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent dans de bonnes conditions mais seulement une fois par semaine à Montpon-Ménéstérol en raison de l'éloignement du TGI de Périgueux.

Les pratiques d'isolement ont baissé depuis 2016 mais il a été difficile aux contrôleurs de réellement les analyser, d'une part parce que les médecins ne renseignent pas toujours l'heure effective de début de la mesure, d'autre part parce que la plupart des mesures de l'USIP ne sont pas répertoriées dans le registre. La contention est rarement pratiquée.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

*Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.*

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 39**

L'établissement organise, en partenariat avec des organismes extérieurs, une journée d'information sur la sexualité ouverte aux patients et aux soignants.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 46**

Dans certaines unités, les patients sont conduits vers l'autonomie en participant à la préparation de leurs piluliers.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 50**

Les soins accordent une place conséquente aux activités thérapeutiques, déployées sur des sites variés à Montpon-Ménéstérol et avec le concours de plusieurs associations qui permettent une ouverture sur la cité.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 66**

Les patients de l'unité de psycho-gériatrie de Montpon-Ménéstérol bénéficient de prestations de psychomotricité, kinésithérapie et ostéopathie.

### RECOMMANDATIONS

*Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations*

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 18**

Nonobstant les difficultés à recruter des médecins psychiatres praticiens hospitaliers, un effort particulier doit être entrepris pour doter l'unité de soins intensifs d'un médecin investi dans ses missions et la durée.

Les patients doivent être accompagnés dans leurs démarches vis-à-vis de leur personne de confiance et cette dernière doit être associée au projet de soin selon les souhaits des patients.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 34**

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer sa mission conformément aux exigences de la loi en se réunissant une fois par trimestre et en visitant chaque établissement semestriellement.

Elle doit faire parvenir chaque année son rapport d'activité à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 35**

Conformément à l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013, la dématérialisation du registre de la loi doit être mise en œuvre rapidement au plan national pour en faciliter la tenue.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 35**

Le représentant de l'Etat dans le département, le maire de la commune et les chefs de juridiction du ressort doivent visiter une fois par an l'établissement et contrôler les registres de la loi.

<b>RECOMMANDATION 5 .....</b>	<b>38</b>
Le statut de soins sans consentement ne doit pas systématiquement justifier une interdiction de sortir de l'unité.	
<b>RECOMMANDATION 6 .....</b>	<b>55</b>
Le registre de contention/isolement doit permettre de connaître précisément les dates et heures de début effectif de la mesure.	
<b>RECOMMANDATION 7 .....</b>	<b>56</b>
Afin de favoriser leur accompagnement, les patients placés en chambre d'isolement doivent faire l'objet d'une surveillance humaine soutenue. On ne saurait la remplacer par une vidéosurveillance, qui ne peut être utilisée que de manière brève et ponctuelle.	
<b>RECOMMANDATION 8 .....</b>	<b>58</b>
Le placement en chambre d'isolement pour des patients en soins libres doit être proscrit au-delà de douze heures si une démarche de soins sans consentement n'est pas engagée.	
<b>RECOMMANDATION 9 .....</b>	<b>63</b>
Les règles de fonctionnement de l'unité de soins intensifs doivent être évaluées et révisées pour mieux intégrer les droits et libertés des patients.	
Les restrictions de liberté doivent être individualisées et médicalement justifiées.	
Les pratiques d'isolement non règlementaires doivent cesser.	
<b>RECOMMANDATION 10 .....</b>	<b>64</b>
Une réflexion doit s'instaurer pour que le soin ait la primauté sur l'aspect sécuritaire qui reste actuellement prioritaire dans la prise en charge des personnes détenues. Ces dernières ne doivent pas être systématiquement placées en chambre d'isolement, indépendamment de considérations cliniques.	
<b>RECOMMANDATION 11 .....</b>	<b>64</b>
Les patients détenus ne doivent pas voir leurs liens avec l'extérieur restreints dans une plus grande mesure que lorsqu'ils sont en établissement pénitentiaire, sauf pour des considérations cliniques.	
<b>RECOMMANDATION 12 .....</b>	<b>67</b>
Sauf circonstance exceptionnelle et inconvénient majeur pour les autres jeunes patients, les adolescents de plus de seize ans doivent être hospitalisés en unité de pédopsychiatrie plutôt que dans des unités pour adultes.	

## RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

*Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.*

<b>RECO PRISE EN COMPTE 1 .....</b>	<b>19</b>
Afin d'harmoniser les pratiques et d'assurer la continuité dans la prise en charge des patients, il convient d'intégrer les équipes de nuit dans les instances d'échanges et de réflexion des unités.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 2 .....</b>	<b>22</b>
Le document d'information remis aux patients en SSC devrait préciser les adresses du tribunal et des autorités susceptibles d'être saisies par les patients et leurs familles.	
La formation du personnel soignant sur les droits des patients doit être améliorée de sorte à pouvoir éclairer ces derniers.	

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 22**

Il serait souhaitable que la communauté médicale et les services administratifs réfléchissent à la suppression, dans les certificats médicaux, de l'item relatif au recueil des observations du patient au profit d'une mention circonstanciée des observations formulées ou des raisons pour lesquelles le patient n'a pu ou n'a pas été invité à s'exprimer.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 23**

Les coordonnées des représentants des usagers doivent être affichées dans les unités et indiquées dans le livret d'accueil.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 24**

Le livret d'accueil et la procédure PRO/DC/070/D doivent être actualisés pour tenir compte de la possibilité désormais ouverte aux personnes sous mesure de tutelle de désigner une personne de confiance, à la condition d'y être autorisée par le juge.

Le personnel soignant doit être formé à la notion de personne de confiance et à l'intérêt d'informer les patients à ce sujet.

Les patients doivent être accompagnés dans leurs démarches vis-à-vis de leur personne de confiance et cette dernière doit être associée au projet de soin selon les souhaits des patients.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 26**

L'établissement doit mettre en œuvre des modalités d'information sur l'accès à tous les cultes. Il doit également assurer la neutralité des locaux de l'aumônerie de Montpon-Ménésterol.

**RECO PRISE EN COMPTE 7 ..... 26**

Le service social doit être renforcé pour répondre aux besoins des patients en soins sans consentement relevant du pôle des deux vallées et du pôle de pédopsychiatrie.

**RECO PRISE EN COMPTE 8 ..... 27**

La procédure Pro/DG/026/E doit être corrigée pour que les informations sur le souhait d'anonymat et de mise en confidentialité ne soient pas hiérarchisées entre elles et que la confidentialité de la présence apparaisse comme la première information à fournir au patient.

**RECO PRISE EN COMPTE 9 ..... 29**

La procédure Pro/DC/088/B relative aux agressions sexuelles sur un patient doit prévoir les modalités d'accompagnement de la victime dans son dépôt de plainte auprès de la gendarmerie ou du parquet.

**RECO PRISE EN COMPTE 10 ..... 36**

Conformément aux dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit recevoir le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.

**PROPOSITIONS**

*Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.*

**PROPOSITION 1 ..... 39**

Le retrait des téléphones personnels ne doit pas être systématique et réglementaire mais uniquement motivé par l'état de santé de chaque patient.

Les unités doivent être dotées de boîtes aux lettres pour y déposer le courrier sortant.

**PROPOSITION 2 ..... 41**

Il est souhaitable que, dans toutes les unités, les patients disposent de la possibilité d'actionner seuls leur volet roulant et de s'enfermer dans leur chambre à leur convenance.

**PROPOSITION 3 ..... 42**

La qualité de l'alimentation, tant du point de vue des matières premières que de leur transformation, mérite d'être améliorée.

**PROPOSITION 4 ..... 46**

Dans toutes les unités, la dispensation des médicaments doit être réalisée individuellement, dans un lieu fermé permettant le respect de la confidentialité et du secret médical ainsi que le partage avec le professionnel administrant le traitement.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>8</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>11</b>
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>13</b>
1.1 Le centre hospitalier psychiatrique Vauclaire est le plus gros établissement de la Dordogne .....	13
1.2 L'établissement est déployé sur trois sites d'hospitalisation à temps complet et de nombreux sites de soins ambulatoires.....	14
1.3 L'activité en hospitalisation complète est soutenue et comporte 38% de soins sans consentement.....	15
1.4 L'établissement rencontre de grandes difficultés à pourvoir les postes de médecins psychiatres .....	16
1.5 Le budget est équilibré grâce à une gestion rigoureuse .....	20
<b>2. MODALITE D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>21</b>
2.1 Les patients sont informés des modalités de leur séjour par le livret d'accueil et les règles de vie des unités .....	21
2.2 Les droits des patients en soins sans consentement leur sont notifiés mais trop peu expliqués.....	21
2.3 Les décisions d'hospitalisation sont le plus souvent notifiées par le personnel soignant mais expliquées par les médecins .....	22
2.4 Les patients sont invités à exprimer leurs appréciations et réclamations sur leur séjour .....	22
2.5 Les représentants des usagers sont présents sur le plan institutionnel mais absents des services de soins intra hospitaliers.....	23
2.6 La désignation d'une personne de confiance est proposée mais elle n'est pas associée aux soins.....	23
2.7 L'accès au vote n'est pas organisé.....	24
2.8 Seul le culte catholique est représenté dans l'établissement.....	24
2.9 Le service social manque de moyens humains s'agissant des patients en soins sans consentement et des mineurs.....	26
2.10 La confidentialité de la présence est organisée mais n'est pas proposée au patient.....	27
2.11 Le libre choix du médecin est contraint par le faible nombre de praticiens.....	27
2.12 L'accès au dossier médical est possible mais peu sollicité.....	28
2.13 Le respect de l'intégrité des patients est pris en compte mais insuffisamment formalisé .....	28
<b>3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>30</b>



3.1	Les juges des libertés et de la détention incitent les intervenants hospitaliers au respect des dispositions législatives.....	30
3.2	La commission départementale de soins psychiatriques exerce son contrôle à minima .....	33
3.3	Les registres de la loi, globalement bien tenus, permettent le contrôle des hospitalisations sans consentement .....	34
3.4	Les autorités chargées de leur contrôle ne visitent pas l'établissement .....	35
3.5	Le recours au collège des professionnels de santé est principalement mis en œuvre pour les programmes de soins.....	35
<b>4.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>37</b>
4.1	La liberté d'aller et venir est strictement limitée à l'unité pour les patients en soins sans consentement.....	37
4.2	Les relations des patients avec l'extérieur sont restreintes du fait de l'interdiction des téléphones personnels dans une unité.....	38
4.3	La vie sexuelle des patients est diversement prise en compte dans les unités ..	39
<b>5.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>40</b>
5.1	Les conditions d'hébergement sont inégales mais les locaux sont partout bien entretenus .....	40
5.2	L'hygiène des lieux et des personnes est correctement prise en charge .....	41
5.3	Les biens des patients ne sont pas gérés avec la même rigueur selon les unités .....	42
5.4	L'alimentation est qualifiée de fade et monotone.....	42
5.5	Les possibilités de distraction sont limitées pour les patients en SSC .....	42
<b>6.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>44</b>
6.1	Les soins psychiatriques sont évalués en équipe et accordent une place importante aux activités thérapeutiques.....	44
6.2	La prise en charge somatique est assurée malgré un effectif médical très contraint .....	50
<b>7.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>52</b>
7.1	Les chambres d'isolement satisfont aux normes réglementaires.....	52
7.2	Le registre est peu exploitable .....	54
<b>8.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>59</b>
8.1	L'unité de soins intensifs en psychiatrie est de conception et de fonctionnement carcéral .....	59
8.2	Le statut pénal prime sur la clinique pour les patients détenus .....	63
8.3	Les soins pour les personnes âgées sont pleinement investis et tendent à rendre leur séjour le plus court possible.....	65
8.4	L'unité de pédopsychiatrie offre un cadre de soins de qualité mais ne remplit pas pleinement ses missions au regard du nombre d'adolescents hospitalisés en unités pour adultes.....	67
8.5	La prise en charge des patients au long cours est investie .....	68

**9. CONCLUSION..... 71**

# Rapport

## Contrôleurs :

- Cécile Legrand, cheffe de mission,
- Paul Belveze ; contrôleur,
- Anne-Sophie Bonnet ; contrôleure,
- Annie Cadenel ; contrôleure,
- Marie-Agnès Credoz ; contrôleure,
- Cédric De Torcy ; contrôleur,
- Muriel Lechat ; contrôleure,
- Léa Stabler ; (stagiaire).

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs, accompagnés d'une stagiaire, ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier spécialisé (CHS) Vauclaire, du 4 au 13 mars 2019.

Les contrôleurs ont présenté leurs missions devant une vingtaine de professionnels dont la directrice et son adjointe, le médecin président de la commission médicale d'établissement (CME), le médecin chef du pôle les deux vallées, le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), le pharmacien, le directeur des soins, le directeur des finances, le directeur des ressources humaines, le responsable du service qualité, des cadres supérieurs et cadres de santé, la responsable des admissions des patients en soins sans consentement (SSC) et un représentant de l'association union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

Le préfet de Dordogne, les chefs de juridiction des tribunaux de grande instance (TGI) de Périgueux et Bergerac et la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de la visite.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs par la direction de l'établissement mais n'ont pas sollicité d'entretien.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant un accès au site Intranet. Tous les documents demandés ont été communiqués. Des affiches signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités. Ces derniers ont pu s'entretenir en toute confidentialité tant avec des patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site.

Les contrôleurs ont visité de manière approfondie les unités d'hospitalisation complète destinées aux patients en SSC : l'unité de psychiatrie de crise (UPC) à Bergerac et les unités Aladin et de soins intensifs (USIP) à Montpon-Ménéstérol. Ils ont aussi visité l'unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie à Bergerac, une unité du pôle de soins et de réhabilitation de la Dordogne (Antonin Artaud) et une unité de psychogériatrie à Montpon-Ménéstérol (Ritti). Les présents constats ne sont donc pas exhaustifs du fonctionnement de l'ensemble des unités d'hospitalisation à temps complet.

Une réunion de restitution a eu lieu le 13 mars en présence, notamment, de la directrice et de son adjointe, du médecin président de la CME, des médecins chefs des pôles de Bergerac et des deux vallées, du médecin responsable du DIM, du directeur des soins, du directeur financier, du responsable du service qualité, de cadres supérieurs et cadres de santé, de la responsable des admissions des patients en SSC.

Un rapport provisoire a été adressé le 5 juillet 2019 à la direction de l'établissement, à la délégation territoriale de l'ARS, au préfet du département et au président du TGI de Bergerac. La directrice de l'établissement a répondu le 7 août et le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine le 13 ; leurs observations sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires n'avaient pas formulé de réponse à la date du 27 août 2019.

## 1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

### 1.1 LE CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE VAUCLAIRE EST LE PLUS GROS ETABLISSEMENT DE LA DORDOGNE

La psychiatrie publique dans le département de Dordogne est organisée en deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et sept secteurs de psychiatrie générale. Les établissements hospitaliers référents sont ceux de Vauclaire, Périgueux et Sarlat en Dordogne, tous habilités à recevoir des patients en soins sans consentement (SSC) ainsi que Libourne en Gironde. Le CH Vauclaire a la charge d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile et de trois secteurs de psychiatrie regroupés en deux pôles. Le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine précise dans son courrier du 13 août qu'il a été acté, à terme, l'identification de deux lieux d'hospitalisation sous contrainte dans le département : Périgueux et Vauclaire. Le site de Sarlat sera amené à disparaître et la capacité d'accueil sera transférée vers celui de Périgueux.

Le département compte plusieurs établissements privés, dont la fondation John Bost qui offre 760 lits et places pour des personnes handicapées mentales, psychiques et polyhandicapées, répartis dans seize établissements.

84.4 % des patients sont exclusivement pris en charge en ambulatoire. Le maillage territorial des structures de soins est dense pour répondre aux besoins d'une population rurale vieillissante. Il existe des projets de télémédecine avec certains CMP.

Plusieurs équipes mobiles en lien avec la santé mentale et l'addictologie interviennent sur le territoire. En revanche il n'y a plus de médecin psychiatre libéral en dehors des villes de Bergerac et Périgueux. Le recrutement médical mais aussi soignant est difficile en dehors des villes les plus importantes.

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est constitué à l'échelon départemental depuis 2017. Il inclut les onze établissements ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie ; cependant le volet santé mentale du projet médical partagé n'est pas encore validé par l'ARS. Ce retard suscite des inquiétudes dans les instances, voire des craintes du personnel sur des fermetures de lits à Montpon-Ménestérol. La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, précise que le volet santé mentale a depuis lors été transmis à l'ARS pour validation, le 30 juillet 2019, mais que les instances représentatives du personnel ont émis un avis défavorable.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) (loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé) est piloté par la commission santé mentale du conseil territorial de santé, avec le soutien actif de la direction du CHS Vauclaire et de l'UNAFAM, chargés notamment de réaliser un diagnostic incluant la filière médico-sociale en vue de finaliser le PTSM en fin d'année 2019.

L'établissement est membre porteur d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) santé mentale à l'échelle départementale, constitué en 2017 et comprenant 24 membres : les établissements autorisés en psychiatrie publics et privés et des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux publics ou privés, dans un objectif de coordination des acteurs, d'amélioration de la filière de soins et d'une meilleure lisibilité du parcours de soins. La Fondation John Bost est membre du GCS mais la collaboration reste limitée.

Le CHS Vauclaire est également membre du conseil local de santé mentale (CLSM) de la communauté d'agglomération Bergeracoise et il existe des projets de CLSM à Montpon-Ménestérol et Périgueux.

## 1.2 L'ÉTABLISSEMENT EST DEPLOYÉ SUR TROIS SITES D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET ET DE NOMBREUX SITES DE SOINS AMBULATOIRES

### 1.2.1 Organisation de l'établissement

L'établissement est compétent pour les secteurs de psychiatrie adulte « les deux vallées » et Bergerac ainsi que pour un intersecteur de pédopsychiatrie. Il a par ailleurs mis en place depuis 2013 un pôle intersectoriel de soins et de réhabilitation psychosociale à vocation départementale, récemment labellisé « centre de proximité » par l'ARS, qui comporte des lits d'hospitalisation et des soins ambulatoires.

Il affiche une capacité d'accueil de 291 lits installés et de 127 places en hôpital de jour. Les lits d'hospitalisation complète sont situés à Montpon-Ménéstérol, Bergerac et Périgueux. Une soixantaine de lits ont été supprimés depuis 2013, concomitamment à la création d'une maison d'accueil spécialisé (MAS) de 52 lits à Montpon-Ménéstérol.

Il est organisé en cinq pôles cliniques : pôle des deux vallées, pôle de Bergerac, pôle de soins et de réhabilitation de la Dordogne, pôle d'addictologie de la Dordogne, pôle de pédopsychiatrie.

Le président de la CME est chef du pôle addictologie. Les relations entre la direction et les médecins sont décrites de qualité. La CME se réunit régulièrement mais l'éparpillement des lieux et les temps de transport rendent difficile la réunion de l'ensemble des acteurs. Les sous-commissions de la CME utilisent parfois la visio-conférence.

Il n'existe pas de réflexion commune soutenue sur un projet médical d'ensemble (dernier projet médical d'établissement 2014-2017), suspendu au projet de santé mentale par filières au sein du GHT de la Dordogne. Il en découle qu'il n'existe pas plus de projet de pôle ni de projet d'unité actualisés.

Le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine indique dans son courrier du 13 août que *le projet médical partagé (PMP) - volet psychiatrie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) - doit lui être transmis en septembre 2019 et que celui-ci devra permettre au CH de Vauclaire de définir plus précisément son projet d'établissement et le projet médical global, non encore formalisé en raison du travail de fond engagé depuis 2018 pour redéfinir les contours de l'offre psychiatrique dans le département. La directrice d'établissement confirme, dans son courrier du 7 août, que le projet médical sera élaboré dans le cadre des orientations stratégiques arrêtées pour le territoire.*

### 1.2.2 L'hospitalisation complète

Les lits d'hospitalisation complète sont situés à Montpon-Ménéstérol, Bergerac et Périgueux.

Le site historique de Montpon-Ménéstérol, ouvert en 1919, est situé à 3 km au Nord de la ville de Montpon-Ménéstérol (5 500 habitants), elle-même distante de 45 km de Libourne et Bergerac, 60 km de Périgueux et 85 km de Bordeaux. La ville dispose d'une gare SNCF. Ce site comporte les services de direction et d'administration générale, un institut de formation d'aides-soignants, une MAS, les lits d'hospitalisation du pôle des deux vallées et du pôle de Soins et de Réhabilitation de la Dordogne (PSRD).

**Le pôle des deux vallées** comporte quatre unités d'hospitalisation pour un total de 70 lits : une unité d'admission de 20 lits pour patients en soins sans consentement (Aladin), une unité d'admission de 20 lits pour patients en soins libres (Eugène Leroy), une unité de soins intensifs (USIP) de 10 lits, de recrutement national, une unité de psychogériatrie de 20 lits (Ritti).

**Le PSRD** comporte deux unités pour un total de 43 lits : une unité de psychiatrie au long cours de 22 lits (Anthonin Artaud) et une unité de psycho-réhabilitation de 21 lits (Frida Kahlo).

**Le site de Bergerac**, ouvert en 2012, comporte trois unités d'hospitalisation pour un total de 60 lits : une unité d'admission de 20 lits pour des patients en soins sans consentement (unité de psychiatrie de crise, UPC), une unité d'admission de 25 lits pour des patients en soins libres (unité de psychiatrie active, UPA), une unité de psychogériatrie de 15 lits (UPG). Les 6 lits d'hospitalisation d'adolescents pour l'ensemble du département sont localisés à Bergerac. Au moment de la visite des contrôleurs 2 patients en SL se trouvaient à l'UPC, l'un après échec de plusieurs projets de sortie, l'autre, mineur de 17,5 ans admis par autorité parentale, transféré de la pédopsychiatrie depuis le 28 février.

**Le pôle départemental d'addictologie** dispose de 20 lits d'hospitalisation à Périgueux, dont 4 en MCO<sup>1</sup>, et de 20 lits en soins de suite.

### 1.2.3 L'activité ambulatoire

Le pôle des deux vallées dessert un bassin de vie de 116 294 habitants dans lequel sont implantées des structures ambulatoires : huit CMP, quatre CATTP, deux hôpitaux de jour. La file active ambulatoire en 2018 est de 3 102 patients et les délais de consultation avec un médecin sont de trois mois. Le manque cruel de médecins dans ce pôle et la non-pérennité des recrutements médicaux rendent complexe l'activité ambulatoire, assurée pour partie par des médecins exerçant en intra-hospitalier. Le pôle assure les soins psychiatriques au centre de détention de Neuvic (Dordogne).

Le pôle de Bergerac dessert un bassin de vie de 118 650 habitants dans lequel sont implantés quatre CMP, un CATTP, un hôpital de jour. Il dispose également d'un accueil d'urgence, d'un appartement thérapeutique de huit places et d'une équipe mobile santé précarité. La file active en 2018 est de 3 014 patients. Il assure des missions d'intérêt général à l'unité sanitaire du centre de détention de Mauzac (Dordogne) et dispose d'une unité médico psycho judiciaire.

Le pôle de pédopsychiatrie dessert un bassin de 184 000 habitants et y dispose de structures ambulatoires : six CMP, trois CATTP, quatre hôpitaux de jour, une maison des adolescents. La file active en 2018 est de 1 961 patients.

## 1.3 L'ACTIVITE EN HOSPITALISATION COMPLETE EST SOUTENUE ET COMPORTE 38% DE SOINS SANS CONSENTEMENT

### 1.3.1 L'activité générale

En 2018, le pôle des deux vallées comme celui de Bergerac affichent un taux d'occupation de 87 %, des durées moyennes de séjour (DMS) de respectivement 32 et 27 jours et des durées moyenne d'hospitalisation<sup>2</sup> (DMH) de 39 et 46 jours.

Le PSRD présente un taux d'occupation de 83 % et une DMS de 66 jours mais la DMH atteint 187 jours.

Le pôle de pédopsychiatrie a été occupé à 77 % avec une DMS de 8 jours et une DMH de 18 jours. Ces chiffres correspondent à une activité soutenue compte tenu du fait que les lits des patients en permission de sortie (PS) de 48 heures ou en programmes de soins (PDS) avec hospitalisation séquentielle doivent leur être conservés.

---

<sup>1</sup> Médecine, chirurgie, obstétrique.

<sup>2</sup> Séjours cumulés sur une période d'un an pour un même patient.

Les patients sont parfois hospitalisés hors secteur (Périgueux, Bergerac ou Libourne), ce qui conduit à une prise en charge fragmentée et pose le problème de la continuité des soins. Tel était le cas de sept des dix-huit patients de l'unité Aladin au moment de la visite. Ils sont parfois transférés dans leur secteur d'origine pour l'organisation des soins ambulatoires avant de lever la mesure.

Il arrive par ailleurs dans cette unité qu'un patient reste plus longtemps que nécessaire en chambre d'isolement, porte ouverte, le temps qu'une chambre se libère.

### 1.3.2 Les patients en soins sans consentement

L'établissement a admis en 2018 1 090 patients en soins libres (SL) au cours de 1 624 séjours. La DMS était de 27 jours et la DMH de 40. Les patients en SSC étaient au nombre de 424 pour 610 séjours se décomposant comme suit :

Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) : 80 patients et 110 séjours, DMS de 33 jours, DMH de 45 ;

Soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) : 341 patients et 497 séjours, DMS de 30 jour, DMH de 43 :

Ordonnances de placement provisoire (OPP) de mineurs : 3 patients au cours de 3 séjours, DMS et DMH de 85 J. Ces patients ont été hospitalisés en unités pour adultes.

L'établissement accueille quelques patients détenus des centres pénitentiaires (CP) de Neuvic et Mauzac (Cf. § 8.2).

L'unité d'admission Aladin, destinée aux patients en SSC relevant des secteurs du pôle des deux vallées, présentait un taux d'occupation de 81% et une DMS de 27 jours.

L'UPC, qui constitue son pendant pour le pôle de Bergerac, présentait un taux d'occupation de 92% et une DMS de 22 jours.

## 1.4 L'ETABLISSEMENT RENCONTRE DE GRANDES DIFFICULTES A POURVOIR LES POSTES DE MEDECINS PSYCHIATRES

### 1.4.1 Personnel médical

Le recrutement médical est très difficile, particulièrement sur le site de Montpon-Ménéstérol, rural et relativement isolé. Sur 25 postes permanents et 6,5 non permanents budgétés, l'établissement employait au moment de la visite des contrôleurs 19,85 permanents et 8,4 non permanents (3,25 postes découverts).

La présence en médecins psychiatres est particulièrement affectée avec, en 2017, 20,69 ETPR dont 14 permanents et, en 2018, seulement 11,96 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) dont 8,7 permanents. La situation était un peu meilleure lors de la visite des contrôleurs avec le recrutement, en janvier, de deux médecins pour des durées plus pérennes, l'un pour trois ans et l'autre pour six mois. Les emplois en intérim ou contrats courts sont nombreux et réguliers, les médecins privilégiant ce cadre d'emploi plus rémunérateur. Quatre postes d'internes sont par ailleurs proposés aux étudiants de la faculté de médecine de Bordeaux mais ils ne sont pas affectés à Montpon-Ménéstérol, faute de séniorisation. Dans les questionnaires de sorties du deuxième semestre 2018, 11% des patients (13% sur le premier semestre) estimaient que les visites médicales n'étaient pas assez fréquentes.

Pour pallier le manque de pédopsychiatres, le pôle de pédopsychiatrie a recruté des psychologues.



Le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine indique dans son courrier du 13 août : *Les difficultés de recrutement imposent un recours important à l'intérim, ce qui ne permet pas d'asseoir l'élaboration et le suivi des projets de pôles. La gouvernance des différents pôles de l'établissement peine ainsi à être optimale. Toutefois, la prise en charge médicale individuelle est conforme aux attendus. Afin de construire des solutions pérennes, le CH de Charles Perrens (Bordeaux) a été sollicité afin d'étudier les possibilités de mise en place de temps d'exercice partagé de médecins spécialisés entre les deux établissements.* Il précise enfin que le recrutement d'un psychiatre à plein temps a été réalisé au mois de juillet 2019.

Le pôle de Bergerac est dirigé par une cheffe de pôle stable et dispose d'une équipe de cinq médecins, dont un intérimaire, pour assurer les soins intra et extrahospitaliers.

Le pôle des deux vallées, en revanche, souffre d'une absence de gouvernance depuis plusieurs années. Le chef de pôle parti en retraite en novembre 2018 était gériatre, il n'a pu être remplacé que fin janvier, par un médecin psychiatre recruté pour trois ans. Celui-ci assure par ailleurs la responsabilité de l'unité Aladin, qui avait vu se succéder depuis l'été 2017 des médecins intérimaires. L'unité Eugène Leroy était également sous la responsabilité d'un médecin intérimaire (mission de trois mois). L'unité de psycho-gériatrie bénéficiait en revanche de la présence d'un médecin gériatre stable à temps plein et, depuis le mois de février, d'une journée par semaine de temps de médecin psychiatre assuré par le nouveau chef de pôle. L'USIP fonctionne depuis des années avec des médecins recrutés pour des durées parfois très courtes. Celui présent lors du contrôle avait signé fin janvier un contrat pour six mois, estimé par tous d'une durée exceptionnellement longue. Cette unité, dédiée à l'accueil de patients pour une prise en charge renforcée après échec des soins dans d'autres structures, présente le paradoxe de ne pas disposer, de longue date et sans perspective d'amélioration à court terme, de médecin stable et investi dans un projet de service (Cf. § 8.1).

Le PSRD est placé sous la responsabilité d'une cheffe de pôle qui intervient pour moitié en intra hospitalier (44 lits) et en ambulatoire. L'effectif de 1,5 ETP n'a jamais été pourvu.

La durée d'exercice mais aussi parfois, de l'aveu de tous, les compétences des médecins intérimaires ou en contrats courts ne permettent pas une prise en charge étayée. Dans ces unités où le turn-over médical est important, les cadres, très soutenus par les cadres supérieurs de pôle et le directeur des soins, sont apparus constituer les pivots des unités, les animateurs des projets de service - pas toujours formalisés - et même parfois des projets de soins individuels. Il pourrait être envisagé, comme en pédopsychiatrie, de recruter plus de psychologues dans les unités pour adultes, afin de proposer un accompagnement psychothérapeutique aux patients et d'étayer la dynamique de réflexion dans les équipes.

Hormis les spécialistes en psychiatrie, l'équipe médicale comportait en 2018 9 généralistes (contre 10,8 en 2017), 2 gériatres, 1 pharmacien et un responsable du DIM

Les soins somatiques et la garde médicale (18h-9h) sont assurés par deux médecins généralistes à Bergerac et quatre à Montpon-Ménéstérol, outre des vacances de médecins libéraux. Certains médecins psychiatres assurent une astreinte téléphonique. Ce système de garde a pour conséquence que les admissions passées 18 h (20 h selon le psychiatre d'astreinte) et le week-end sont réalisées par des médecins somaticiens qui ne présentent pas les mêmes compétences pour procéder à un entretien psychiatrique, une évaluation des troubles, prescrire les premiers traitements et décider, le cas échéant, de l'isolement, en lien avec le psychiatre d'astreinte. Par ailleurs ces gardes induisent des récupérations et amputent la disponibilité des médecins généralistes (Cf. § 6.2).

## RECOMMANDATION 1

Nonobstant les difficultés à recruter des médecins psychiatres praticiens hospitaliers, un effort particulier doit être entrepris pour doter l'unité de soins intensifs d'un médecin investi dans ses missions et la durée.

La directrice d'établissement précise, dans son courrier du 7 août, *avoir obtenu en 2018 l'autorisation de créer un poste de praticien clinicien afin de favoriser le recrutement pour l'unité de soins intensifs.*

### 1.4.2 Personnel non médical

L'hôpital emploie 690 agents dont 452 dans les services de soins.

Grâce notamment à une politique dynamique d'études promotionnelles financées, l'établissement parvient à recruter des infirmiers et cadres de santé. Il dispose par ailleurs d'un institut de formation d'aides-soignants.

Lors de la visite des contrôleurs, seuls 2 postes d'infirmiers étaient vacants sur 237 budgétés et les 112 postes d'aides-soignants étaient pourvus. L'établissement emploie 80 agents de service hospitalier (ASH) mais les arrêts de travail pour maladie sont très importants dans cette catégorie d'emploi (15 % en 2018) de sorte que certaines vacances ne sont pas assurées.

Les trente-et-un psychologues interviennent très peu dans les unités d'hospitalisation complète pour adultes, l'unique ergothérapeute pas du tout. Parmi les treize psychomotriciens, aucun n'intervient dans les unités pour adultes de Bergerac (poste vacant), ils animent en revanche des activités transversales pour les unités du pôle des deux vallées (1,5 ETP) et au sein des unités Ritti (0,2 ETP) et du PSRD (1 ETP).

L'équipe socio-éducative compte dix assistants de service social et deux ETPT d'éducateurs spécialisés, qui interviennent au PSRD. Le reste du personnel médico-social et éducatif exerce en addictologie, en pédopsychiatrie et à la MAS.

Un kinésithérapeute intervient, sur demande, sur les sites de Bergerac et Montpon-Ménéstérol. Il paraît assez peu sollicité.

### 1.4.3 Personnel présent dans les unités d'hospitalisation

Un cadre de proximité est présent dans chaque unité, aucun poste n'était vacant lors du passage des contrôleurs. Les cadres supérieurs de pôle réunissent chaque semaine leur équipe d'encadrement.

Les effectifs de fonctionnement correspondent à l'effectif de sécurité, à savoir trois soignants matin et AM (dont deux infirmiers) plus un ASH matin et après-midi (en journée à Bergerac). L'unité Aladin est renforcée pour assurer notamment les accompagnements de patients : quatre soignants matin et après-midis. A Bergerac, l'aide-soignant « transverse » moniteur de sport apporte parfois son concours pour des accompagnements à l'extérieur des patients de l'UPC.

Le CHSCT<sup>3</sup> relève que l'effectif minimum n'est parfois pas atteint ; le personnel le signale régulièrement comme évènement indésirable. L'établissement ne dispose pas de personnel volant pour assurer les accompagnements ni remplacer les absences, longues ou courtes. Le taux d'absentéisme pour maladie et accident de travail, toutes catégories confondues, est en augmentation : 8,6 % en 2018 pour 6,9% en 2015. L'établissement propose un accompagnement

<sup>3</sup> CHSCT : comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail.

et un soutien pour tout arrêt supérieur à un mois de sorte à prévenir l'enkystement de certaines situations. Les remplacements sont le plus souvent assurés par le personnel de l'hôpital (intérim interne), parfois par des soignants recrutés en contrats à durée déterminée.

Les équipes de nuit sont dédiées. Deux agents (un infirmier un aide-soignant), sont présents dans chaque unité. Hormis à l'USIP où ils sont intégrés à l'équipe, il est apparu aux contrôleurs que les professionnels de nuit, coordonnés et évalués par deux infirmiers référents de nuit, sont peu intégrés à la vie des unités. Hors le temps de transmission d'une dizaine de minutes, il n'y a pas d'instances communes de nature à harmoniser les pratiques, réfléchir collectivement à des situations cliniques, partager et s'investir dans des projets de service. Le directeur des soins a indiqué envisager des réunions communes avec les équipes de jour et la réorganisation de l'encadrement des équipes de nuit.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Afin d'harmoniser les pratiques et d'assurer la continuité dans la prise en charge des patients, il convient d'intégrer les équipes de nuit dans les instances d'échanges et de réflexion des unités.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, *que des mesures ont été mises en œuvre en mai 2019 : organisation de deux réunions annuelles intégrant le personnel de nuit et participation du personnel à trois « staffs » annuels.*

#### 1.4.4 Formation

L'offre de formation collective est variée : psychopathologie, gestion de la violence, entretien infirmier, addictologie etc. Les nouveaux arrivants disposent d'un livret d'accueil et doivent participer à une journée d'intégration organisée chaque trimestre. Le tutorat n'est pas formalisé mais les nouveaux professionnels semblent accompagnés et soutenus dans toutes les unités. Il existe également une politique dynamique de formation individuelle.

Conscients d'un risque de glissement dans les pratiques en raison d'une présence médicale discontinue, la direction et les cadres encouragent les actions de formation et organisent chaque année, depuis 2011, une journée de la bientraitance. Celle de 2019 porte sur le thème « contrainte de soin/soins sans contraintes », avec l'intervention de magistrats, médecins et psychologues extérieurs.

#### 1.4.5 Instances de réflexion sur les pratiques

Le comité éthique, dont sont membres des représentants d'associations d'usagers (APEI<sup>4</sup> et UNAFAM), était présidé par l'ancien directeur des soins. Il n'a plus été réuni depuis le mois de juin 2018 et la quatrième réunion programmée en 2017 a été annulée faute de participants. Cette instance remportait peu de succès, avec en moyenne cinq participants sur un total de dix-sept membres. En 2017 ont été abordés, notamment, le registre obligatoire d'isolement et le réajustement de la politique de restriction de libertés individuelles. Il était envisagé, pour 2018, de substituer au comité quelques soirées débats avec un intervenant externe qualifié dans le domaine éthique.

---

<sup>4</sup> Association de parents d'enfants inadaptés.

Des séances de supervision et d'analyse des pratiques avec un psychologue extérieur sont organisées tous les deux mois à Montpon-Ménéstérol, elles n'ont plus été proposées depuis fin 2018 à Bergerac.

### **1.5 LE BUDGET EST EQUILIBRE GRACE A UNE GESTION RIGoureuse**

La péréquation entre établissements a entraîné une diminution de la dotation globale et un important déficit de fonctionnement en 2014. Le budget est revenu depuis à l'équilibre, grâce à un plan d'économies et la suppression de quatre-vingt-dix postes (management, logistique, administration, agents de sécurité, fermeture d'une unité). En l'état, les effectifs soignants apparaissent au minimum dans toutes les unités (Cf. supra).

La dotation annuelle de fonctionnement est stable depuis trois ans, à hauteur de 38 M€, mais elle inclut chaque année des crédits non reconductibles (maison des adolescents, CMP etc.).

L'établissement a reconstitué des provisions qui lui permettent d'envisager des projets, soumis toutefois à la définition d'un PTSM. Chaque pôle dispose d'une marge d'autonomie avec la délégation de crédits de l'ordre d'un million d'euros tous pôles confondus sur les dépenses à caractère médical et hôtelier.

Le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé pour cinq ans fin 2018.

## 2. MODALITE D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

### 2.1 LES PATIENTS SONT INFORMES DES MODALITES DE LEUR SEJOUR PAR LE LIVRET D'ACCUEIL ET LES REGLES DE VIE DES UNITES

Le livret d'accueil, clair, relativement complet et illustré, présente en une cinquantaine de pages l'organisation des soins et les droits des patients. Il est en principe systématiquement remis à l'arrivée, cependant 29 % des patients indiquent dans leur questionnaire de sortie ne pas l'avoir reçu<sup>5</sup>. Par ailleurs 12% estiment que l'information concernant leurs droits n'est pas suffisante. Quoique mis à jour en 2019, il comporte encore, en page 44, mention de l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) avant le 15<sup>ème</sup> jour au lieu du 12<sup>ème</sup>. Par ailleurs il gagnerait, pour permettre l'exercice effectif des droits, à préciser les adresses des autorités susceptibles d'être saisies.

L'ensemble de ces informations sont accessibles aux proches sur le site internet de l'hôpital.

Chaque unité dispose de règles de vie, remises aux patients et souvent affichées. Dans l'unité Aladin, il est demandé aux patients de les signer. Elles présentent le fonctionnement des unités : modalités de l'admission, horaires des repas et des visites, dispensation des traitements, activités etc. ainsi que des recommandations relatives au respect des personnes et des lieux.

### 2.2 LES DROITS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT LEUR SONT NOTIFIES MAIS TROP PEU EXPLIQUES

Un document « situation juridique et droits des patients en soins sans consentement » est remis contre émargement lors de la notification des décisions d'admission. Complet et compréhensible, il ne mentionne cependant pas plus que le livret d'accueil les coordonnées du tribunal et des autorités avec lesquelles il est possible de communiquer, hormis celles du CGLPL.

Il est apparu aux contrôleurs que le personnel soignant a une connaissance très imparfaite des droits des patients, les notifications étant d'ailleurs parfois qualifiées de « paperasse ». Il existe pourtant des fiches très complètes à l'attention du personnel, mais elles sont visiblement peu exploitées. Il serait nécessaire de développer la formation à l'exercice des droits des patients, qu'il s'agisse des droits ouverts à tous comme de ceux propres aux SSC, de sorte à assortir la remise des divers documents d'explications orales. Il pourrait aussi être réfléchi à la possibilité de flécher des personnes ressource dans chaque unité, soignants volontaires et formés, qui seraient référents sur ces questions, ou de confier la notification des décisions et l'information sur les droits aux cadres des unités.

---

<sup>5</sup> Exploitation 2<sup>ème</sup> semestre 2018.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Le document d'information remis aux patients en SSC devrait préciser les adresses du tribunal et des autorités susceptibles d'être saisies par les patients et leurs familles.

La formation du personnel soignant sur les droits des patients doit être améliorée de sorte à pouvoir éclairer ces derniers.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, que *des mesures ont été mises en œuvre en juillet 2019 : intégration des adresses utiles dans le livret du patient et information dispensée au personnel du bureau des admissions.*

### 2.3 LES DECISIONS D'HOSPITALISATION SONT LE PLUS SOUVENT NOTIFIEES PAR LE PERSONNEL SOIGNANT MAIS EXPLIQUEES PAR LES MEDECINS

Dans les unités dédiées aux patients en SSC, les décisions sont notifiées par le personnel soignant, sur sollicitation du bureau des entrées, comme mentionné *supra* avec souvent fort peu d'explications. Les patients sont invités à s'adresser au médecin ou au cadre s'ils souhaitent être plus amplement informés. Au PSRD, le médecin se charge lui-même des notifications. Dans les unités Antonin Artaud et à l'USIP, les copies ne sont pas remises aux patients mais conservées avec leurs documents et consultables seulement sur demande.

Les médecins rencontrés déclarent donner des explications les plus claires possibles lors de la rédaction des certificats médicaux qui doivent donner lieu au recueil des observations du patient. Ils indiquent aussi expliquer, si nécessaire, les décisions du JLD. Cependant il est difficile d'apprécier si cette pratique est générale au regard notamment du turn-over médical. Certains praticiens paraissent eux-mêmes peu formés à ces questions d'ordre juridique.

Les observations sont recueillies verbalement, sans traçabilité sinon la formule pré imprimée sur les certificats : « observations recueillies ou pas », parfois même pas cochée, de sorte qu'il est impossible de s'assurer de la complète information du patient sur son statut, ses droits, la teneur des certificats médicaux ni d'avoir connaissance des observations que suscite la mesure.

## RECO PRISE EN COMPTE 3

Il serait souhaitable que la communauté médicale et les services administratifs réfléchissent à la suppression, dans les certificats médicaux, de l'item relatif au recueil des observations du patient au profit d'une mention circonstanciée des observations formulées ou des raisons pour lesquelles le patient n'a pu ou n'a pas été invité à s'exprimer.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, que *les observations sont désormais spécifiées dans l'unité Aladin et que la modification des modèles type des certificats médicaux sera proposée en CME.*

### 2.4 LES PATIENTS SONT INVITES A EXPRIMER LEURS APPRECIATIONS ET RECLAMATIONS SUR LEUR SEJOUR

#### 2.4.1 Les questionnaires de sortie

La moitié des patients environ renseignent le questionnaire de sortie, aidés si besoin par le personnel (taux de retour de 45% au pôle de Bergerac et de 51% au pôle des deux vallées). Le taux de satisfaction générale était de 94% au 2<sup>ème</sup> semestre 2018.

### 2.4.2 Les réclamations

Le livret d'accueil donne l'information sur les instances et organismes auxquels peuvent être adressées les plaintes et réclamations, sur les membres de la commission des usagers (CDU) et les médecins médiateurs, mais sans coordonnées. Il retranscrit les articles du code de la santé publique qui traitent de cette question.

Le registre des plaintes et réclamations 2018 comporte 21 réclamations écrites et 3 orales (12 au total en 2017). 5 (3 en 2017) portent sur les relations avec les médecins et des demandes de changement de médecin, auxquelles il a été donné une suite favorable.

Le recours aux médecins médiateurs est très faible, un seul en 2017.

En 2018, le délai entre l'enregistrement et la réponse peut aller du jour même à un mois, majoritairement d'une à trois semaines.

## 2.5 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT PRESENTS SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL MAIS ABSENTS DES SERVICES DE SOINS INTRA HOSPITALIERS

Le nom des membres représentant les usagers à la CDU figure dans le livret d'accueil mais les coordonnées postales et téléphoniques des associations APEI et UNAFAM, représentant les usagers à la CDU et au conseil de surveillance, n'y sont pas précisées, pas plus que par voie d'affichage dans les unités.

Il n'existe pas d'espace dédié dans l'hôpital pour des permanences des associations et le personnel soignant ne connaît pas les représentants des usagers, lesquels ne connaissent pas les médecins psychiatres des unités fermées.

Pourtant l'UNAFAM est très présente dans les instances et participe à diverses manifestations : 1ères assises de la santé mentale en Dordogne, semaine d'information en santé mentale, co-intervention en réhabilitation psycho-sociale. La direction de l'établissement a d'ailleurs invité l'UNAFAM à la réunion de lancement de la mission des contrôleurs.

### RECO PRISE EN COMPTE 4

Les coordonnées des représentants des usagers doivent être affichées dans les unités et indiquées dans le livret d'accueil.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, *qu'il a été décidé lors de la CDU du mois de juin que les représentants des usagers se présenteront aux cadres et en CME en septembre 2019 et pourront être invités dans les unités de soin. Des plaquettes de l'UNAFAM ont été mises à disposition dans les unités, auprès des assistantes sociales et à la cafétéria dès le mois de mai et le livret d'accueil sera enrichi en fin d'année 2019.*

## 2.6 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS ELLE N'EST PAS ASSOCIEE AUX SOINS

L'information sur le rôle de la personne de confiance figure dans le livret d'accueil. Cependant il conviendrait de l'actualiser, comme la procédure PRO/DC/070/D datée de janvier 2019 et les règlements internes des unités. Ces documents comportent tous en effet la même erreur : ils mentionnent qu'un majeur protégé sous tutelle ne peut pas désigner de personne de confiance, ce qui n'est plus vrai depuis la loi 2016-87 du 2 février 2016 sur la fin de vie, qui permet à la personne protégée par une mesure de tutelle de désigner sa personne de confiance sous la condition d'y être autorisée par le juge.

La désignation est systématiquement proposée au patient lors de l'entretien d'accueil, cependant seuls 42% des patients présents lors de la visite des contrôleurs y avaient procédé, avec des décalages très importants entre les unités (par exemple 0 dans les unités Antonin Artaud et Frida Kahlo, 19 patients sur 20 à l'unité Eugène Leroy). Ceci semble devoir être corrélé avec le fait que les soignants ne sont pas formés à la notion de personne de confiance et ne maîtrisent pas les modalités et les objectifs de celle-ci, qu'ils ne distinguent pas forcément de la personne à prévenir en cas de problème somatique grave, ce d'autant que dans la « checklist » des informations à renseigner au moment de l'accueil du patient, un onglet commun englobe les « correspondants » du patient : personne à prévenir, personne de confiance. Comme déjà mentionné, la formation des soignants aux droits des patients mérite d'être renforcée.

Enfin la mention dans le formulaire de désignation « Il me revient de la contacter » est complexe à mettre en œuvre pour des patients en SSC. Ceux-ci ne sont pas accompagnés pour contacter leur personne de confiance, son rôle n'est pas expliqué à cette dernière, laquelle n'est pas invitée à signer sa désignation, en pratique elle n'est pas associée aux soins. Dans l'unité Aladin elle est cependant informée des sorties non accompagnées.

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

Le livret d'accueil et la procédure PRO/DC/070/D doivent être actualisés pour tenir compte de la possibilité désormais ouverte aux personnes sous mesure de tutelle de désigner une personne de confiance, à la condition d'y être autorisée par le juge.

Le personnel soignant doit être formé à la notion de personne de confiance et à l'intérêt d'informer les patients à ce sujet.

Les patients doivent être accompagnés dans leurs démarches vis-à-vis de leur personne de confiance et cette dernière doit être associée au projet de soin selon les souhaits des patients.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, que des mesures ont été mises en œuvre : *actualisation et amélioration du livret d'accueil fin 2019, information sur la personne de confiance lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants, création en cours d'un jeu de sept familles, à destination des patients et des professionnels, comportant des cartes « personne de confiance » et « personne à prévenir » et d'une affiche « personne de confiance, personne à prévenir, quelle différence ? ». Enfin une formation sur les droits des patients sera proposée en 2020.*

### 2.7 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS ORGANISE

Le droit d'exercer le vote est précisé dans le livret d'accueil. Cependant aucune unité n'affiche d'informations à ce propos et si certains soignants se disent prêts à accompagner les patients dans la mise en œuvre de leur devoir de citoyen, aucun cas précis n'a illustré ces propos. Dans une unité accueillant des patients au long cours, il a été précisé que les familles organisent l'accès au vote, ce qui a été confirmé par plusieurs patients de l'unité.

### 2.8 SEUL LE CULTE CATHOLIQUE EST REPRESENTE DANS L'ETABLISSEMENT

Le livret d'accueil mentionne les horaires d'ouverture de l'aumônerie de Montpon-Ménéstérol : deux heures trois fois par semaine outre un office catholique mensuel à la chapelle, assuré par le prêtre de la paroisse. L'aumônerie dispose de locaux dédiés composés d'un salon d'accueil et d'un bureau au mur duquel est apposé un crucifix ; elle est animée par douze bénévoles de culte



catholique. L'hôpital finance les fournitures, un goûter par an et l'abonnement à des revues religieuses catholiques.

Lors de la visite des contrôleurs, quatre patients échangeaient à l'aumônerie avec des bénévoles autour d'un café. Il arrive aussi que ces derniers se rendent dans les unités fermées pour rencontrer un patient, à sa demande ou celle de la famille. Ils organisent aussi diverses activités récréatives, culturelles et cultuelles et pèlerinages. Les patients en SSC ne sont jamais associés à ces activités, les bénévoles paraissent ne pas disposer d'une bonne connaissance du cadre des hospitalisations en SSC, notamment au regard des permissions de sortie. Ils bénéficient en revanche d'une analyse des pratiques une fois par trimestre, financée par la pastorale de santé, organe de l'église catholique.

L'aumônerie est ouverte à toutes les croyances mais l'accès aux autres cultes est pratiquement inexistant. Il a été indiqué aux contrôleurs que le lien peut être fait avec le culte protestant, du fait de la connaissance personnelle des bénévoles avec des pasteurs, mais que l'aumônerie ne dispose pas de contacts avec les autres cultes, par exemple le culte musulman. L'équipe soignante d'une unité dans laquelle était hospitalisé un patient musulman envisageait de faire appel à un imam de Bordeaux, déjà sollicité auparavant par la cadre.

L'orientation exclusivement catholique de l'aumônerie et l'absence d'information sur l'accès aux autres cultes sont contraires au libre exercice du culte.



*Chapelle du site de Montpon-Ménéstérol*

Sur le site de Bergerac, les modalités d'accès au culte ne sont indiquées nulle part, aucune activité cultuelle n'est proposée et aucun aumônier ne se rend dans l'établissement.

## RECO PRISE EN COMPTE 6

L'établissement doit mettre en œuvre des modalités d'information sur l'accès à tous les cultes.  
Il doit également assurer la neutralité des locaux de l'aumônerie de Montpon-Ménéstérol.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, *que des mesures ont été mises en œuvre : actualisation et amélioration du livret d'accueil fin 2019, neutralité des locaux prévue en septembre 2019.*

### 2.9 LE SERVICE SOCIAL MANQUE DE MOYENS HUMAINS S'AGISSANT DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET DES MINEURS

#### 2.9.1 Le service social

L'établissement emploie dix assistants de service social qui interviennent en intra et extra hospitalier. La coordination du service est assurée par la directrice de la MAS qui organise une réunion mensuelle des assistants de service social et des réunions régulières avec les partenaires. Le pôle des deux vallées souffre d'un manque d'assistant social (AS) dans les unités fermées accueillant des patients en SSC. L'unité Aladin dispose d'une AS à mi-temps mais cette dernière est en congé de longue durée et l'USIP n'en dispose pas. Il en résulte que les deux AS du pôle, qui travaillent principalement en extrahospitalier, répondent aux demandes qui leur sont adressées au fil de l'eau par les soignants.

Ailleurs les assistantes sociales interviennent à hauteur en moyenne d'un mi-temps dans les unités d'hospitalisation. Elles participent autant que faire se peut aux « staffs ». Leur rôle est particulièrement important au PSRD et en psycho-gériatrie, axé sur la recherche de structures d'aval, y compris dans les départements limitrophes. Les temps de trajet pour l'accompagnement dans des démarches et la préparation du retour à domicile sont particulièrement chronophages dans ce département rural.

L'unité de pédopsychiatrie ne dispose pas d'assistante sociale, ce qui est dommageable pour la prise en charge des mineurs.

## RECO PRISE EN COMPTE 7

Le service social doit être renforcé pour répondre aux besoins des patients en soins sans consentement relevant du pôle des deux vallées et du pôle de pédopsychiatrie.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, *que le temps d'intervention des assistantes sociales du pôle des deux vallées (2,4 ETP pour 3,5 prévus en raison d'arrêt maladie) a été revu pour privilégier leur intervention dans les unités d'hospitalisation.*

#### 2.9.2 La protection juridique

Il existe au sein du site de Montpon-Ménéstérol un service de deux mandataires judiciaires, désignés pour les patients au long cours. Pour les autres les mesures sont confiées à des proches et à des organismes habilités, principalement l'UDAF<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Union départementale des associations familiales.

Lorsque nécessaire, les assistantes sociales initient les mesures de protection, cependant le processus peut prendre jusqu'à neuf mois pour que la mesure soit effective.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les tuteurs rendent visite à leurs protégés et sont généralement réactifs aux demandes. Cependant, dans les unités d'admission ou de soins intensifs où les demandes portent principalement sur le financement de l'achat du tabac, les délais de réponse sont souvent estimés trop longs par rapport aux besoins.

Les tuteurs sont parfois conviés aux réunions de synthèse.

## 2.10 LA CONFIDENTIALITE DE LA PRESENCE EST ORGANISEE MAIS N'EST PAS PROPOSEE AU PATIENT

Le droit à la confidentialité figure au livret d'accueil, de même que la possibilité d'être hospitalisé de façon anonyme.

La question de la confidentialité de la présence est posée lors de l'entretien d'accueil et tracée dans les logiciels PASTEL (gestion administrative des patients) et CORTEXTE (dossier patient). Cependant, la procédure Pro/DG/026/E « Identification sécurisée du patient au cours de son séjour » hiérarchise la mise en confidentialité par rapport au souhait d'anonymat : « informer le patient qu'il doit s'acquitter intégralement des frais de séjour ; s'il renonce, l'informer également de la mise en confidentialité possible de son dossier (case à cocher dans PASTEL) ».

Le fait de faire dépendre l'information du patient concernant son droit à la confidentialité sur sa présence d'une autre information concernant le règlement des frais de séjour est dommageable pour un choix éclairé du patient. La mise en œuvre de ce droit reste par ailleurs floue du fait de la confusion parfois faite par les soignants entre secret médical (ne pas révéler d'informations sur l'état de santé) et confidentialité sur la présence (ne pas révéler la présence de la personne).

Lorsque la procédure arrive à son terme, le standard dispose des informations concernant les demandes de confidentialité de la présence et est ainsi en mesure d'arrêter les appels.

La procédure d'anonymat a quant à elle été mise en œuvre à huit reprises en 2018 et quatre fois au cours du premier trimestre 2019. L'identité n'apparaît alors que dans l'unité durant le temps du séjour, dans tous les autres applicatifs un alias est utilisé. Elle est mise en œuvre, en pratique, pour protéger l'anonymat du personnel lorsqu'un proche est hospitalisé plus que pour répondre à une demande personnelle des patients.

### RECO PRISE EN COMPTE 8

La procédure Pro/DG/026/E doit être corrigée pour que les informations sur le souhait d'anonymat et de mise en confidentialité ne soient pas hiérarchisées entre elles et que la confidentialité de la présence apparaisse comme la première information à fournir au patient.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, *que cette procédure est en cours de révision.*

## 2.11 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST CONTRAINT PAR LE FAIBLE NOMBRE DE PRATICIENS

Non seulement le droit de choisir son médecin ne figure pas dans le livret d'accueil, mais au surplus la présence d'un seul médecin dans un grand nombre d'unités ne permet pas réellement de l'envisager. Cette possibilité n'a été évoquée que dans les unités de Bergerac, où le nombre de praticiens le permet et où cette possibilité est bien prise en compte par l'équipe médicale.

L'exercice de ce droit a fait l'objet de quelques réclamations écrites, qui ont été satisfaites.

## 2.12 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST POSSIBLE MAIS PEU SOLLICITE

Le livret d'accueil informe de ce droit ; en 2017, 38 patients ont demandé à l'exercer. Les 25 demandes correctement renseignées ont été honorées dans un délai de 6 jours pour les dossiers de moins de cinq ans et de 13 pour les dossiers de plus de cinq ans. Les dépassements de délais sont essentiellement dus au temps de transmission entre les différents sites et à la disponibilité des médecins et secrétaires.

Lorsque les dossiers ne sont pas consultés sur place, les photocopies sont facturées au patient.

Lorsque les patients sont hospitalisés, il leur est demandé de formuler une demande écrite. Il semble que l'accès à la démarche ne soit pas toujours facilité de prime abord si l'on s'en réfère aux propos d'un soignant : « s'ils persistent dans leur désir, c'est fait selon la procédure ».

Du point de vue des équipes soignantes, le recours à ce droit est rare. Dans une unité fermée, un patient dans le déni de ses troubles souhaitait effectuer cette démarche et estimait la procédure compliquée.

## 2.13 LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PATIENTS EST PRIS EN COMPTE MAIS INSUFFISAMMENT FORMALISE

### 2.13.1 Les évènements indésirables

En 2018, 243 événements indésirables (EI) ont été déclarés, dont 1 grave (agression sexuelle d'un patient sur un autre), 30 actes d'agression physique de patients sur soignants, 35 actes d'agression verbale de patients sur soignants, 14 actes d'agression physique de patients sur d'autres patients. Les agressions physiques répertoriées vont du jet d'un verre d'eau au visage jusqu'au coup porté, en passant par la bousculade et la gifle.

Les fugues sont rares : 5. Les autres événements indésirables marquants portent sur des sous-effectifs dans les unités : 56 et les accidents de travail : 44. Les contrôleurs ont aussi relevé la poursuite d'une mesure de SDRE non accompagnée du certificat de maintien de la mesure (transformation de la mesure), deux absences de réponse des médecins de garde et le placement à deux reprises et à un jour de distance (UPC Bergerac) d'une patiente en isolement après agression du personnel, sans décision médicale ni même mention d'un avis au médecin.

Le service qualité propose, sous couvert des chefs de pôle et des assistants de pôle, des analyses des causes sur des événements indésirables graves pour éviter la survenue d'événements comparables. 7 procédures de ce type ont été réalisées en 2018, dont 5 à la suite d'erreurs d'administration de médicament. En 2019, deux étaient déjà prévues lors de la visite des contrôleurs.

Pour améliorer la cartographie des risques en allant rechercher les informations dans d'autres sources que les déclarations d'EI, l'ingénieur qualité a demandé à accéder au cahier des administrateurs et cadres de garde.

Un protocole signé avec la gendarmerie définit la conduite à tenir en cas d'évènement grave tels les fugues et actes de violence.

### 2.13.2 Le sentiment de sécurité

Certains patients expriment un sentiment d'insécurité. Au moment de la visite des contrôleurs il y avait seulement trois patientes dans l'unité Aladin. L'une d'entre elle, jeune femme victime d'agressions sexuelles, demandait à être enfermée dans sa chambre la nuit de peur qu'un patient n'y pénètre.

Il est possible qu'il y ait une sous-déclaration des actes d'agression entre patients, qu'il est permis de corréler à l'absence de procédure concernant les violences de tous types entre patients.

L'établissement a cependant élaboré une procédure Pro/DC/088/B qui définit les modalités de gestion d'un événement indésirable grave relatif à une agression sexuelle sur un patient. Si elle prévoit bien que la direction de l'établissement effectue un signalement auprès de la gendarmerie et du parquet (art. 40 du code pénal), elle ne définit rien en matière d'accompagnement du patient dans son propre dépôt de plainte. Le protocole signé avec la gendarmerie mentionne la possibilité de recueil d'une plainte d'un patient à l'hôpital si son état ne lui permet pas de sortir, il n'a toutefois pu être précisé si cette disposition a eu l'occasion d'être mise en œuvre.

Dans une unité accueillant des patients au long cours, les soignants ont indiqué veiller, en cas d'agression sexuelle, à ce que les faits soient rapportés et les plaintes déposées. Dans une unité de soins libres, un patient ayant violé une patiente a été transféré en SSC dans une unité fermée. Il n'a pas été possible de savoir de quel accompagnement spécifique, notamment juridique, la patiente avait pu bénéficier.

Le personnel n'exprime quant à lui pas de sentiment d'insécurité prégnant. Les protocoles sont stricts concernant les interventions en chambre d'isolement, qui se font toujours à deux. En cas d'alarme, des soignants des unités voisines se déplacent rapidement, particulièrement entre l'USIP et l'unité Aladin qui sont communicantes.

#### RECO PRISE EN COMPTE 9

La procédure Pro/DC/088/B relative aux agressions sexuelles sur un patient doit prévoir les modalités d'accompagnement de la victime dans son dépôt de plainte auprès de la gendarmerie ou du parquet.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, que *cette procédure sera revue en 2020 pour formaliser les démarches d'accompagnement déjà mises en œuvre sur le terrain.*

### 3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 LES JUGES DES LIBERTES ET DE LA DETENTION INCITENT LES INTERVENANTS HOSPITALIERS AU RESPECT DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES

##### 3.1.1 Les salles d'audience

En application des dispositions de l'article L3211-12-2 du code de la santé publique, deux conventions ont été signées avec les chefs de juridiction du TGI de Bergerac et de Périgueux, dont relèvent les patients hospitalisés sur le site de Montpon-Ménéstérol, respectivement les 1<sup>er</sup> avril 2015 et 25 mars 2016. Elles prévoient que les audiences se tiennent :

- au TGI de Périgueux le mardi à 14h, pour limiter les déplacements des professionnels de justice ;
- au centre hospitalier Vauclaire à Montpon-Ménéstérol le jeudi à 9h ;
- au pôle d'hospitalisation psychiatrique à Bergerac le mercredi à 9h (si besoin le lundi matin).

Sur les trois sites, la salle d'audience est fléchée et les locaux respectifs, spacieux et lumineux, permettent aux patients d'être reçus dans des conditions matérielles satisfaisantes en leur assurant, pendant les débats, un confort propice à la sérénité.

Les bureaux mis à disposition pour les entretiens avec les avocats garantissent la confidentialité ; les sanitaires, facilement accessibles, sont en excellent état de propreté et de maintenance.



*Salle utilisée pour les audiences devant le JLD à Montpon-Ménéstérol et espace d'entretien avec l'avocat*

##### 3.1.2 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre les agents en charge des soins sans consentement et les greffes judiciaires se font par voie dématérialisée. Conformément aux exigences de la loi, la requête est transmise au

greffe huit jours maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision du JLD. Lors d'une réunion de concertation le 12 novembre 2017 entre le centre hospitalier et les magistrats du TGI de Périgueux, il a été précisé qu'une saisine tardive sera relevée d'office par le JLD et emportera mainlevée sans débat. Il a en outre été rappelé que, dans l'hypothèse où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête doit obligatoirement mentionner l'identité du tuteur ou de l'organisme tutélaire, sous peine de nullité de la procédure en l'absence de leur convocation.

A la requête sont joints :

- la décision d'admission avec notification signée du patient ;
- les certificats de 24 et 72 heures ;
- la décision de maintien de l'hospitalisation complète avec notification signée ;
- la dernière décision du JLD pour les contrôles à six mois avec les certificats médicaux mensuels accompagnant les décisions de maintien notifiées.

L'avis motivé est transmis dans les quarante-huit heures de l'audience et au plus tard la veille.

L'attention des médecins a été attirée sur l'importance de la qualité de rédaction des certificats médicaux qui doivent prendre en compte les exigences du code de la santé publique. Ainsi il a été rappelé l'importance de la description des troubles mentaux justifiant la nécessité d'une hospitalisation complète autant que l'explication de l'incapacité du patient à consentir à son hospitalisation. Concernant les hospitalisations décidées par le représentant de l'état, outre le constat de l'état mental du patient, il a été spécifié que le médecin devait préciser en quoi la sûreté des personnes était compromise ou quel était le risque d'atteinte grave à l'ordre public.

Le rappel de ces précisions est apparu nécessaire compte-tenu des mainlevées d'hospitalisation ordonnées, notamment au cours des années 2017 et 2018, en l'absence de description médicale suffisamment précise de la pathologie psychiatrique et des circonstances imposant le maintien de l'hospitalisation complète. Il a été dit aux contrôleurs que l'harmonisation des pratiques rédactionnelles était difficile compte-tenu du « turn-over » important des médecins.

Les contrôleurs ont toutefois observé, en examinant les registres et en échangeant avec les JLD, une amélioration récente du contenu des certificats médicaux et de l'avis motivé qui s'efforcent de préciser en quoi l'évolution de l'état du malade ne permet pas la levée de l'hospitalisation.

Dès réception de la requête, le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient n'indique choisir son conseil (hypothèse rarissime).

La convocation à l'audience adressée au patient transite par le service des soins sans consentement sur le site de Montpon-Ménéstérol avant d'être transmise à l'unité d'hospitalisation.

Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de vérifier quelles explications étaient données avant que le patient ne signe l'accusé de réception. Toutefois les différents échanges avec les soignants ou les cadres de santé et les patients en attente de comparution ont fait ressortir qu'à la différence de la notification des droits, pour laquelle il est attaché peu d'importance, « l'agent notificateur » de la convocation s'efforce d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement. Il convient toutefois de signaler que la possibilité de consulter le dossier judiciaire n'est que très rarement, voire jamais, indiquée et ce parce que globalement ignorée.

### 3.1.3 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à une partie de l'audience du jeudi 7 mars 2019 qui s'est déroulée sur le site de Montpon-Ménéstérol et à celle du mardi 12 mars tenue au TGI de Périgueux. Chacune d'elle était présidée par la vice-présidente nommée par décret juge des libertés et de la détention au TGI de Périgueux.

S'agissant des deux patients convoqués pour le contrôle du 12<sup>ème</sup> jour à l'audience tenue au TGI de Périgueux, distant d'une cinquantaine de kilomètres de l'hôpital, ils ont fait le trajet dans un véhicule confortable accompagnés de deux soignants et d'un des contrôleurs.

Un patient a exprimé sa satisfaction d'être entendu par le juge et de savoir que ses parents, dont l'un est tiers à la procédure, seront présents à l'audience. Tout au cours du trajet les soignants ont été attentifs à l'état des patients, respectant le silence de l'un et la parole de l'autre.

Au tribunal la salle, située au rez-de-chaussée, était ouverte, la magistrate et son greffier en attente de débiter l'audience. L'avocate de permanence, formée au contentieux de l'hospitalisation sans consentement, a reçu individuellement les patients en toute confidentialité pour le temps qu'elle a estimé utile. Chacun des patients, à l'appel de sa cause, est entré dans la salle vide de public. Le père et la mère, après avoir pu échanger avec leur fils, se sont installés près de lui, l'avocate étant de l'autre côté et un soignant légèrement en retrait ; le deuxième infirmier était resté à l'extérieur. La magistrate et la greffière n'avaient pas revêtu leur habit professionnel ; l'audience a été conduite de sorte à faciliter la circulation de la parole. Se présentant « juge des libertés », la magistrate a expliqué son rôle en cherchant à ne pas ouvrir des « attentes irréalistes ». Après avoir résumé les éléments du dossier, elle a pratiqué au recueil d'informations avant de donner la parole aux patients qui étaient en état de s'exprimer. La famille a été écoutée et l'avocate n'a pas soulevé de moyens de défense procéduraux ou juridiques. Les patients ont eu la parole en dernier. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre de la demi-heure dans des conditions de dignité indéniables.

### 3.1.4 Les décisions rendues

A la fin des débats la juge, après un temps de délibéré utilisé pour rédiger l'ordonnance, a expliqué à chacun des patients sa décision de maintenir l'hospitalisation et a précisé avec clarté la possibilité d'utilisation de voies de recours. Ni l'un ni l'autre n'ont paru surpris de la teneur de la décision.

Dans l'hypothèse où le JLD souhaite un temps plus long de réflexion, il peut arriver que la décision soit rendue le lendemain. L'ordonnance est alors transmise par voie dématérialisée et notifiée par la cadre de santé, voire par le médecin psychiatre.

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement, est relativement stable depuis 2015, avec une très légère tendance à la diminution : 353 patients ont été convoqués en 2016, 325 en 2017 et 324 en 2018. Parmi eux, trente-quatre n'ont pu, pour des raisons médicales, assister à l'audience tandis que dix-sept ont refusé d'y rendre.

Vingt-trois décisions de mainlevée ont été ordonnées (cinq par le JLD de Bergerac) dont six avec effet immédiat. Vingt-deux expertises ont été ordonnées par le JLD de Périgueux.

Huit patients ont fait usage de recours en interjetant appel et toutes les ordonnances ont été confirmées.

La lecture des décisions de mainlevée communiquées aux contrôleurs fait apparaître que c'est principalement l'absence de motifs médicaux essentiels au maintien de l'hospitalisation qui a conduit les JLD à prononcer la levée de l'hospitalisation complète. Tant la juge des libertés de



Périgueux que celle de Bergerac, toutes deux rencontrées par les contrôleurs, a indiqué entretenir des relations de travail constructive avec le CHS Vauclaire.

### **3.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE SON CONTROLE A MINIMA**

Composée conformément aux exigences de l'article L 3223-2 du code de la santé publique, la CDSP est présidée par le président du TGI de Périgueux. Compétente pour les trois centres hospitaliers du département de la Dordogne, elle s'est réunie au cours des deux dernières années aux dates suivantes :

- le 12 mai 2017 au centre hospitalier de Périgueux ;
- le 15 septembre 2017 au CHS Vauclaire à Montpon-Ménéstérol ;
- le 30 mars 2018 au pôle psychiatrique du CHS Vauclaire à Bergerac ;
- le 19 octobre 2018 au CHS Vauclaire à Montpon-Ménéstérol.

Selon les informations recueillies, elle n'est pas en capacité, par manque de disponibilité de ses membres, de tenir les quatre réunions annuelles prescrites par l'article R 3223-5 du code de la santé publique, ni de procéder aux deux visites annuelles imposées par l'article R 3223-6 du même code pour chacun des établissements habilités à recevoir des patients en soins sans consentement.

Au vu du rapport 2017 (le rapport 2018 n'était pas finalisé lors de la venue des contrôleurs) elle a examiné cinquante-et-un dossiers de patients admis en SDDE, vingt-quatre de patients en SDRE et étudié cinq requêtes de patients, dont trois en SDRE. Elle a répondu par courrier à chacun d'eux sans faire droit à leur demande respective.

Elle n'a pas proposé de mainlevée au JLD, n'ayant décelé aucune irrégularité dans les procédures ni aucun manquement grave aux droits et à la dignité des malades.

Seuls douze patients ont souhaité s'entretenir avec les membres de la commission, à l'occasion de leur venue dans les établissements. Dans le rapport il est écrit que « ce moment d'échange et d'écoute semble très apprécié des patients et permet aux membres de la commission - qui parfois ne sont pas en contact direct avec les malades- d'entendre leurs préoccupations ».

La commission a relevé l'absence de motivations de certains certificats médicaux, avec pour conséquence une mainlevée judiciaire de la mesure, et la mise en place du registre destiné à tracer les mesures d'isolement et de contention.

Il a été fait part aux contrôleurs des excellentes relations entretenues avec l'agence régionale de santé (ARS) qui apporte une aide efficace à la logistique de la CDSP.

Le rapport annuel 2017 n'a pas été adressé à la Contrôleure générale, contrairement aux règles imposées par l'article L 3223-1 du CSP.

Le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine indique dans son courrier du 13 août que la réduction des effectifs de l'ARS a conduit la délégation départementale à réorganiser le temps d'agent mis à disposition auprès du président du TGI, sans compromettre le travail s'y déroulant et que, pour des raisons pratiques et à la demande du président du TGI, les réunions sont organisées sur une journée une à deux fois par an avec un site de CH tournant.

## RECOMMANDATION 2

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer sa mission conformément aux exigences de la loi en se réunissant une fois par trimestre et en visitant chaque établissement semestriellement.

Elle doit faire parvenir chaque année son rapport d'activité à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté.

### 3.3 LES REGISTRES DE LA LOI, GLOBALEMENT BIEN TENUS, PERMETTENT LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT

Ces registres, dits aussi livres de la loi, sont renseignés et conservés :

- au bureau des admissions à Montpon-Ménéstérol, où trois agents, adjoints administratifs, sont chargés de la gestion des soins sans consentement ;
- au guichet d'accueil du pôle psychiatrique de Bergerac où une personne assure, outre l'accueil général, le suivi des dossiers et la tenue des registres.

Ces deux services sont dirigés par une attachée d'administration.

Les contrôleurs ont constaté que le fonctionnement sur chacun des sites était très exactement identique, étant toutefois précisé que le bureau des admissions de Montpon-Ménéstérol est centralisateur de tous les documents reçus à Bergerac dont les originaux lui sont aussitôt envoyés et contrôlés avant d'être notifiés. L'organisation du service est tout aussi rigoureuse sur les deux sites, les agents connaissent les exigences de la loi et sont attentifs à la régularité procédurale des certificats médicaux et des dossiers d'admission. En revanche ils ignorent totalement la façon dont s'effectuent les notifications.

Les registres sont renseignés dans les 24 h des différentes décisions prises tout au long du parcours de soins sans consentement. Ils sont distincts selon le sexe du patient et le statut d'hospitalisation (SDDE et SDRE). Chaque mesure est gardée sur un même registre jusqu'à la levée de la mesure, évitant ainsi, comme cela est d'usage fréquent, le report sur un autre livre. Ils ne sont paraphés ni à l'ouverture ni au dernier folio.

A Bergerac, deux registres pour des hommes en SDRE sont encore « vivants », l'un ouvert le 5 avril 2012 avec une dernière inscription le 29 décembre 2015, dans lequel des mesures de programmes de soins sont encore en cours ; l'autre ouvert le 31 décembre 2015, la dernière mesure datant du 1 février 2019. Un seul registre est en cours pour les femmes hospitalisées en SDRE, ouvert le 4 mai 2012 et utilisé jusqu'au folio 26 à la date du 19 février 2019.

Les patients hospitalisés en SDDE, beaucoup plus nombreux, sont tracés dans douze registres (six pour les hommes et six pour les femmes) depuis le 16 mars 2012 et comptabilisent 503 mesures pour les femmes et 571 mesures pour les hommes.

A Montpon-Ménéstérol, les contrôleurs ont constaté, au bureau des admissions la présence de :

- douze registres SDRE pour les hommes ;
- trois registres SDRE pour les femmes ;
- treize registres SDDE pour les hommes ;
- sept registres SDDE pour les femmes.

Par sondage, les contrôleurs ont examiné une dizaine d'entre eux et plus particulièrement, sur chaque site, le dernier registre de chaque statut.

Tous les certificats et avis médicaux sont collés, après réduction de format ; les transcriptions manuelles sont lisibles. Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle standard, mentionnent les voies de recours judiciaires et administratives.

Les décisions du JLD sont collées ainsi que l'intégralité des certificats mensuels, que ce soit pour l'hospitalisation complète ou pour les programmes de soins.

Toutefois, les deux mentions suivantes ne se retrouvent pas dans les registres :

- les décisions de mise sous protection juridique ;
- les accusés de réception de la notification des droits énoncés à l'article 3211-3 du CSP.

Suite à la remarque des contrôleurs, il a été immédiatement décidé qu'à compter de l'inscription des prochaines mesures figureraient sur le registre ces deux informations. Une recommandation sur ce point n'apparaît donc pas opportune.

Malgré la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation de ces registres, aucun projet n'est mis en œuvre, au niveau national, pour y parvenir, alors que de l'avis unanime la tenue de ces registres est chronophage et fastidieuse.

### RECOMMANDATION 3

Conformément à l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013, la dématérialisation du registre de la loi doit être mise en œuvre rapidement au plan national pour en faciliter la tenue.

#### 3.4 LES AUTORITES CHARGÉES DE LEUR CONTRÔLE NE VISITENT PAS L'ÉTABLISSEMENT

L'article L 3222.4 du code de la santé publique indique que les établissements habilités à recevoir les patients non consentants sont visités au moins annuellement par le représentant de l'État, les chefs de juridiction compétents dans le ressort de l'établissement et le maire de la commune. De plus les parlementaires nationaux et européens (élus en France) sont autorisés à visiter à tout moment ces lieux (L 3222.4-1).

Les contrôleurs ont constaté qu'à chaque visite de la CDSP son président, par ailleurs président du TGI de Périgueux, appose son visa sur le registre en cours sans observations. En revanche ni les procureurs de la République, ni le président du TGI de Bergerac, ni les maires de Périgueux et Bergerac ou le préfet ou son représentant n'ont laissé trace d'un déplacement au CHS Vauclaire au cours des trois dernières années. Il n'a pas plus été cité de visites de parlementaires.

### RECOMMANDATION 4

Le représentant de l'État dans le département, le maire de la commune et les chefs de juridiction du ressort doivent visiter une fois par an l'établissement et contrôler les registres de la loi.

#### 3.5 LE RECOURS AU COLLÈGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EST PRINCIPALEMENT MIS EN ŒUVRE POUR LES PROGRAMMES DE SOINS

L'établissement a formalisé en mars 2018 un protocole pour harmoniser les pratiques de convocation et d'avis du collège ; le bureau des admissions veille au respect des dates et à la convocation des membres. Le collège se réunit beaucoup plus pour les patients en programme de soins que pour ceux en hospitalisation complète, peu nombreux à être concernés.

Un collège a été réuni soixante-et-une fois en 2018 et treize au cours des deux premiers mois de l'année 2019. Outre les SDDE de plus d'un an, il a examiné la situation d'un patient irresponsable pénalement. Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionnait dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L 3212-17 qui exige une étude approfondie de chaque situation et le recueil de l'avis du patient. Selon des informations floues, voire variables, il est apparu que ce collège pouvait se contenter, certes dans une minorité de cas, de travailler sur le dossier du patient sans juger utile de le recevoir. Dans les vérifications effectuées sur une dizaine d'avis, la mention pré-imprimée « avis du patient recueilli en séance » était cochée affirmativement. Sur l'un des avis manquaient la date de la séance et le nom d'un des médecins. A toutes fins utiles, les exigences de la loi, qui ne souffrent pas d'exceptions, doivent être rappelées.

#### RECO PRISE EN COMPTE 10

Conformément aux dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit recevoir le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, que *le protocole de fonctionnement du collège a été revu en mai 2019 pour tenir compte de cette observation.*

## 4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 4.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST STRICTEMENT LIMITEE A L'UNITE POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Les deux unités dédiées aux patients en SSC, UPC et Aladin, sont fermées. Toute sortie ou entrée nécessite l'intervention d'un soignant. Les espaces extérieurs clos sont accessibles jusqu'à 23 heures. C'est aussi le cas au PSRD alors que le règlement interne précise que la cour est ouverte en permanence.

Il est présenté une demande de permission de sortie pour les patients en SDRE même pour se rendre à la cafétéria ou au pôle d'activités thérapeutiques de Montpon-Ménéstérol, donc à l'intérieur de l'établissement.

L'accès aux chambres est libre en journée à l'UPC mais limité à Aladin (interdites sans prescription entre le petit-déjeuner et le déjeuner puis de nouveau de 16h à 18h). C'est aussi le cas au PSRD, entre 14h30 à 16h30 et, pour le premier étage, de 10h à 13h et de 14h30 à 16h30.



*Cours closes de l'UPC et d'Aladin*

Les limitations d'accès à l'extérieur sont particulièrement pénibles pour les fumeurs. Pour des raisons de sécurité et éviter le tabagisme à l'intérieur des locaux, les briquets ne sont pas autorisés à Aladin (briquet mural dans la cour) et sont repris le soir par l'équipe de nuit à l'UPC. Si besoin le tabac peut être acheté par le personnel, les unités disposent d'un petit budget de dépannage.

D'autres restrictions s'imposent dans la vie quotidienne : les téléviseurs sont éteints entre 22h et 23h, à la fin du programme en cours ; la nourriture de l'extérieur n'est pas autorisée à Aladin, elle est limitée à l'UPC et ne peut être consommée que dans la cour.

## RECOMMANDATION 5

Le statut de soins sans consentement ne doit pas systématiquement justifier une interdiction de sortir de l'unité.

La directrice d'établissement indique, dans son courrier du 7 août, *que des permissions de sortie sont quotidiennement mises en œuvre, accompagnées comme non accompagnées (975 depuis le début de l'année)*. Néanmoins, le CGLPL considère que si le statut d'hospitalisation sans consentement emporte l'interdiction de sortir de l'hôpital, il n'emporte pas systématiquement celui de sortir de l'unité. Ainsi, comme observé dans d'autres établissements, certains patients pourraient être autorisés à circuler librement au sein de l'établissement, hors le cadre de permissions de sortie.

### 4.2 LES RELATIONS DES PATIENTS AVEC L'EXTERIEUR SONT RESTREINTES DU FAIT DE L'INTERDICTION DES TELEPHONES PERSONNELS DANS UNE UNITE

Passée la période d'observation (Cf. § 6.1.2) et sauf contre-indication médicale, il est autorisé à l'UPC de conserver ses téléphones personnels, tablettes et ordinateurs. Les patients sont invités à en faire usage uniquement dans leur chambre et à ne pas prendre de photographies ni vidéos. A défaut de téléphone personnel, l'unité dispose de deux postes téléphoniques situés dans le couloir principal. Il convient pour passer un appel de demander à un soignant de composer le numéro, entre 15h et 18h30. La localisation de ces postes n'assure aucune confidentialité des conversations. Ces règles sont les mêmes au PSRD, si ce n'est qu'il est remis aux patients un téléphone sans fil lorsqu'ils passent ou reçoivent un appel. A l'inverse les téléphones sont interdits dans l'unité Aladin, même ceux qui ne comportent pas de caméra. La règle est stricte, les patients peuvent ponctuellement consulter leurs messages, répertoire, mails, sur prescription médicale. L'unité dispose de deux téléphones muraux placés côte à côte près d'une des portes donnant accès sur le jardin, qui ne permettent pas non plus des échanges confidentiels.

Les visites sont interdites dans les chambres des deux unités fermées. Elles sont autorisées l'après-midi, dans des salons dédiés mais aussi au réfectoire et dans les cours. La visite de mineurs est soumise à l'accord du médecin.

Les patients sont autorisés à écrire mais il n'existe pas de boîte aux lettres, le courrier est remis aux soignants. A Aladin, le courrier entrant est ouvert par le personnel en présence du patient mais il n'est pas lu. Il est possible d'écrire gratuitement au JLD, à la CDSP, au CGLPL, au Défenseur des droits etc.

Il n'existe pas de couverture Wifi dans l'hôpital. Les patients peuvent être accompagnés dans leurs démarches en ligne au sein des unités et se rendre au centre multimédia, seuls ou accompagnés selon leur statut.

### PROPOSITION 1

Le retrait des téléphones personnels ne doit pas être systématique et réglementaire mais uniquement motivé par l'état de santé de chaque patient.

Les unités doivent être dotées de boîtes aux lettres pour y déposer le courrier sortant.

### 4.3 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS EST DIVERSEMENT PRISE EN COMPTE DANS LES UNITES

Si les règlements internes des douze unités affirment tous le caractère privé et intime de la chambre, ils varient quant à l'accès possible aux chambres entre patients. Quatre règlements l'interdisent, sept n'en disent rien, un seul soumet l'accès à la chambre à l'accord de son occupant (UPC). Le caractère plus ou moins restrictif du traitement de cette question n'est pas systématiquement en adéquation avec le caractère plus ou moins fermé de l'unité ni avec le statut des patients en soins libres ou sans consentement.

Dans quelques unités ouvertes, les soignants abordent la vie affective et sexuelle des patients avec réalisme et subtilité, en n'interdisant pas les rapprochements, en abordant la question de la protection des relations et de la contraception et en incitant à ce que les manifestations en restent discrètes vis-à-vis des autres patients.

Dans les unités fermées, à l'inverse, un consensus tacite se dégage pour considérer que ce n'est pas autorisé, du fait du caractère hospitalier du séjour, de la durée courte de celui-ci, des pathologies particulières et de la vulnérabilité de certains.

La vie sexuelle est aussi abordée en termes de risque, comme dans le cas d'un patient en soins libres d'une unité ouverte présentant un risque de commettre une agression sexuelle, auquel a été proposée une castration chimique.

A l'échelle de l'établissement et à l'initiative de trois soignantes du pôle PSRD, une journée d'information sur la sexualité destinée aux patients et aux soignants de tout l'établissement était en préparation au moment de la visite des contrôleurs, pour le mois d'avril 2019, en partenariat avec le planning familial et le CCEGID de Dordogne (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

Aucune unité ne met à disposition des préservatifs mais ils sont en vente à la cafétéria de Montpon-Ménéstérol (0,20 € l'unité).

### BONNE PRATIQUE 1

L'établissement organise, en partenariat avec des organismes extérieurs, une journée d'information sur la sexualité ouverte aux patients et aux soignants.

## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT INEGALES MAIS LES LOCAUX SONT PARTOUT BIEN ENTRETENUS

Quoique construits ou rénovés à des époques différentes, partout les locaux sont bien entretenus. L'établissement consacre un budget annuel de 365 000 euros pour l'entretien courant et dispose, à Montpon-Ménéstérol, d'une équipe d'ouvriers qualifiés.

Cependant ils ne sont pas toujours bien conçus. Ainsi, l'unité Aladin est répartie sur deux niveaux, desservis par un ascenseur réservé aux soignants. Ceci rend la surveillance difficile, conduit à des changements de chambres fréquents pour placer les patients nécessitant une surveillance soutenue au rez-de-chaussée et à la fermeture du premier étage une grande partie de la journée. Les patients déambulent dans le grand couloir du rez-de-chaussée et se posent dans les deux salles de télévision, la salle de restauration et la terrasse. Elle est voisine de l'USIP (Cf. § 8.1).

L'unité Antonin Artaud est installée sur deux étages, dans des locaux anciens qui n'ont pas bénéficié d'une rénovation depuis de nombreuses années. Les espaces de vie collective et les chambres sont marqués par une conception datée de l'architecture, le mobilier est aussi vieillot que les locaux. Cependant ils sont correctement entretenus. Le souhait de l'équipe est de pouvoir disposer de locaux rénovés et adaptés à l'accueil de patients dans un pôle dédié à la réhabilitation psychosociale.

L'unité RITTI, qui accueille des patients âgés, est située à distance des autres services, sur le site haut de l'hôpital (Cf. § 8.3).

Les unités de Bergerac, construites en 2012, sont mieux conçues.

#### 5.1.1 Les chambres

Les chambres de l'UPC sont toutes individuelles et dotées d'une salle d'eau avec douche et WC, cependant sans porte-serviette ni porte-vêtement pour des raisons de sécurité. Les portes pleines respectent l'intimité dans les chambres, dans lesquelles les patients peuvent s'enfermer hormis dans cinq dites « isolables » du secteur de soins intensifs. Elles sont équipées d'un éclairage principal au plafond et d'une liseuse ainsi que d'une sonnette d'appel qui fonctionne. Les fenêtres ne peuvent s'ouvrir que de 5 cm.

Dans l'unité Aladin, réhabilitée en 2005, subsistent cinq chambres doubles dont deux, à l'étage, sans douche ni WC. Toutes sont spacieuses, correctement aménagées et meublées ; une veilleuse est située au-dessus du lit ainsi qu'un bouton d'appel. En revanche elles ne sont pas équipées de verrous intérieurs et les fenêtres sont barreaudées, ce qui confère à l'unité un aspect carcéral.

L'unité Antonin Artaud dispose de huit chambres doubles (dont deux sont en pratique occupées par un seul patient) et de huit individuelles, réparties sur deux niveaux. Huit seulement au total disposent de WC intérieurs. Elles disposent toutes d'un verrou intérieur, les fenêtres s'ouvrent librement et sont équipées de rideaux occultants neufs. Celles du rez-de-chaussée donnant sur l'extérieur sont équipées de barreaux. Il peut arriver qu'elles ne puissent être ouvertes que par le personnel au motif d'empêcher l'entrée de produits stupéfiants. Les chambres ne disposent que de très peu de mobilier hormis le lit et une table de chevet, il manque beaucoup de tables, bureaux. Elles sont relativement peu décorées et investies pour des séjours au long cours. L'unité dispose d'une chambre d'apaisement, parfois utilisée pour l'isolement (Cf. § 7.1).



A l'USIP, outre le fait que les chambres sont toutes conçues comme des chambres d'isolement (Cf. § 8.1), elles ne disposent pas de verrou intérieur, ce qui conduit les professionnels à enfermer les patients dans leur chambre à leur demande.

#### PROPOSITION 2

Il est souhaitable que, dans toutes les unités, les patients disposent de la possibilité d'actionner seuls leur volet roulant et de s'enfermer dans leur chambre à leur convenance.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, indique *qu'une réflexion sera engagée sur la fermeture des portes de l'intérieur dans les unités concernées.*

#### 5.1.2 Les espaces collectifs

L'UPC dispose de deux cours sécurisées vastes et agréables, de deux téléviseurs placés dans des pièces conviviales, d'une salle d'activité équipée d'un baby-foot. Ses points faibles sont relatifs à l'absence de cafétéria (distributeurs de boissons et confiseries dans le hall d'entrée) et de gymnase.

L'unité Aladin dispose à l'étage, non libre d'accès en journée, d'une baignoire, d'un espace salon et de deux salles d'activités : une salle Snoezelen et une salle d'expression artistique. Les autres espaces collectifs, dont deux salons télé, sont situés en rez-de-chaussée. Les patients investissent le réfectoire, qui reste utilement ouvert pendant la journée, et la cour.

L'unité Antonin Artaud dispose d'une grande salle commune qui ouvre sur une cour intérieure. Elle sert à la fois de salle à manger, salle d'activités, salon TV. Ses murs accueillent diverses affiches récentes concernant les activités, dans l'unité et l'établissement, la répartition des tâches ménagères entre les patients, des productions créatives des patients. A l'étage une chambre a été transformée en local chaleureux pour des activités contes et soins d'esthétiques. La cour intérieure est librement accessible théoriquement 24h/24 (dans le règlement d'unité) mais, en pratique, les contrôleurs ont constaté que son accès à partir de l'unité était fermé à 23h. Elle est ouverte sur l'extérieur aux mêmes heures que l'unité.

### 5.2 L'HYGIENE DES LIEUX ET DES PERSONNES EST CORRECTEMENT PRISE EN CHARGE

Malgré un absentéisme important parmi les ASH, il n'a pas été signalé aux contrôleurs de difficultés majeures dans l'entretien des locaux.

Toutes les unités, en plus des sanitaires en chambre, disposent de WC dans les espaces communs et de salles de bain à usage collectif, pour pallier les absences en chambre mais aussi permettre des bains de confort ou thérapeutiques.

La blanchisserie est en mesure de laver gratuitement le linge des patients si besoin, des couturières peuvent même procéder à des réparations. Il est remis aux patients des pyjamas d'hôpital en tailles adaptées pour la nuit, s'ils n'en possèdent pas, et pour les séjours en isolement. Les unités, la blanchisserie et la « friperie » de l'association Arche, gérée par des soignants du PSRD disposent de vêtements issus de dons pour les patients démunis.

Les produits d'hygiène ne sont pas fournis mais les patients n'en disposant pas peuvent être dépannés.

### 5.3 LES BIENS DES PATIENTS NE SONT PAS GERES AVEC LA MEME RIGUEUR SELON LES UNITES

Les soignants procèdent à l'inventaire contradictoire des effets personnels à l'arrivée dans l'unité. Les sommes qui peuvent être conservées en numéraire sont limitées, l'excédent est remis aux proches, contre signature, ou déposé au service des admissions qui crédite ensuite le compte des patients. La banque des patients n'est accessible que deux demi-journées par semaine.

Si à Bergerac aucune somme d'argent liquide n'est conservée par le cadre ou l'équipe soignante et les documents de valeur rangés dans le coffre de l'hôpital, à Montpon-Ménéstérol certaines unités acceptent de garder un peu d'argent avec les objets courants : clés, téléphone, documents administratifs, rasoir, spray, etc. A l'unité Aladin ces objets sont placés dans des casiers qui ferment à clé, dans le bureau infirmier, avec des horaires d'accès définis et affichés (7h30, 8h30, 10h, 14h30, 16h30, 22h, 23h). L'unité Antonin Artaud les conserve dans des bannettes dans le bureau de soins, sans système de fermeture. Ceci ne garantit ni la confidentialité des documents (les décisions d'hospitalisation sont rangées dans ces bannettes) ni la sécurité des biens au regard des risques de perte et du vol.

Tous les placards sont conçus pour être fermés à clé ; la clé est remise au patient, sauf situation particulière. Cependant beaucoup ont été perdues dans l'unité Aladin, de sorte que les patients ne peuvent en réalité préserver leurs effets d'indiscrétions ou vols. Il est souhaitable que tous les patients soient en mesure de garder leurs effets personnels de manière accessible et sécurisée.

### 5.4 L'ALIMENTATION EST QUALIFIEE DE FADE ET MONOTONE

Les repas sont confectionnés dans les cuisines de Montpon-Ménéstérol ; le chef cuisinier dispose d'un budget de 2,70 euros/jour/patient, inchangé depuis plusieurs années. La médiocre qualité de la nourriture est fortement soulignée aussi bien par les patients que par les soignants, surtout son caractère monotone, en particulier concernant les régimes. Le contraste est frappant entre cette nourriture peu variée et peu goûteuse et l'environnement d'un terroir périgourdin où la population est habituée à une nourriture riche et savoureuse. Certains déplorent aussi l'absence d'aliments issus de la filière biologique. Un patient en chambre d'isolement s'est plaint d'avoir faim. La diététicienne censée valider les menus était en arrêt de travail.

Les repas sont servis à 8h, 12h et 19h. Les menus sont affichés, sauf à l'USIP où les patients le regrettent. Partout il est fourni des couverts en métal, ils sont comptés après chaque repas à l'USIP.

L'équipe soignante au complet assiste aux repas, debout derrière le chariot portant les plats. L'ambiance, lors de la visite des contrôleurs, était calme mais peu animée d'échanges.

#### PROPOSITION 3

La qualité de l'alimentation, tant du point de vue des matières premières que de leur transformation, mérite d'être améliorée.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, précise que *dans les questionnaires de sortie (taux de retour de 52%), la qualité de la restauration est estimée satisfaisante ou très satisfaisante à 82% (2ème semestre 2018).*

### 5.5 LES POSSIBILITES DE DISTRACTION SONT LIMITEES POUR LES PATIENTS EN SSC

Les patients en soins libres du site de Montpon-Ménéstérol peuvent se déplacer dans le parc, se rendre à la cafétéria de l'hôpital et même en ville, le mercredi, grâce à une navette interne.

En revanche, les espaces de vie collective et de distraction pour les patients en SSC qui ne peuvent sortir de leur unité qu'accompagnés sont essentiellement les salons télé et les cours.

Chaque unité dispose de deux salons télé, il n'est pas possible de disposer d'un téléviseur en chambre. Dans l'unité Aladin il n'y avait pas de télécommande, les chaînes pouvaient être changées à la main depuis le poste. De plus, si quelques livres étaient disponibles, il n'y avait ni revues ni magazines.

Partout il est fourni du matériel de dessin et des jeux de société auxquels les soignants participent parfois, surtout le week-end.

A l'UPC, une table de ping-pong et un vélo d'appartement sont disponibles dans un coin du couloir.

Les ordinateurs et tablette sont autorisés, sauf contre-indication individualisée.

Les patients des unités fermées ont dit profondément s'ennuyer.



*Salle de télévision bibliothèque de l'UPC et équipement sportifs*

## 6. LES SOINS

### 6.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT EVALUES EN EQUIPE ET ACCORDENT UNE PLACE IMPORTANTE AUX ACTIVITES THERAPEUTIQUES

#### 6.1.1 L'admission

Les patients sont orientés vers les unités d'admission depuis les services d'urgence des hôpitaux généraux, parfois par transfert depuis un autre service de psychiatrie ou directement par un CMP. Il n'y a pas d'équipe de psychiatrie de liaison formalisée. A Bergerac et Sarlat les médecins psychiatres interviennent à la demande, les hôpitaux de Périgueux et Libourne disposent de leurs propres spécialistes. Des manquements aux urgences ont été signalés et constatés : analyses de sang non réalisées, certificats médicaux peu circonstanciés, temps d'attente longs. Deux patients de l'unité Aladin ont indiqué avoir végété aux urgences, attachés à un brancard pendant dix heures, dans un box. Les contrôleurs ont relevé dans les certificats médicaux des motifs d'hospitalisation se rapportant à des considérations d'ordre public plus que de santé mentale, par exemple agression sexuelle, alcoolisme et hétéro-agressivité, errance et comportement à risque... Le corps médical et soignant a parfois exprimé des doutes quant à l'existence de pathologies psychiatriques pour ces patients mais tous ont le sentiment de devoir assurer la sécurité de la société, y compris à titre préventif avant tout passage à l'acte.

Le transport des patients en SDRE est assuré par deux soignants de l'établissement, dont un de l'unité d'accueil. Un patient a été pris en charge directement dans les locaux de garde-à-vue, sans passer par un service d'urgences. L'établissement dispose d'un service interne de transport avec quatre chauffeurs d'astreinte jusqu'à 21h, au-delà il est fait appel à des sociétés d'ambulance privées.

Selon l'heure d'admission, l'entretien médical est réalisé par le psychiatre de l'unité ou le médecin généraliste de garde. Comme déjà mentionné, les prises en charge par un médecin non spécialiste présentent moins de garantie.

Le règlement de l'UPC prévoit l'interdiction de visites et de contacts téléphoniques durant 48 heures. Il serait préférable qu'il ne mentionne que la possibilité de restriction de ces droits, adaptée à chaque situation et sans systématisme.

#### 6.1.2 La prise en charge

Les entretiens médicaux se déroulent toujours en présence d'un soignant. Il n'est pas désigné d'infirmier référent ; le rythme et la teneur des entretiens infirmiers sont variables selon les unités et les professionnels. Il y a peu de réunions soignants-soignés et peu d'intervention de psychologues mais ces derniers participent aux staffs.

Les staffs hebdomadaires auxquels ont assisté les contrôleurs ont montré des échanges riches et pluriprofessionnels. Les projets de soins de chaque patient sont évalués et ajustés : prise en charge psychiatrique, somatique, sociale et familiale en reprenant les données, actions et résultats.

Des réunions de synthèse sont parfois organisées. Les proches sont associés, ils sont reçus par le médecin, en présence du patient selon son souhait.

### 6.1.3 Les traitements

#### a) La pharmacie

L'établissement est doté d'une pharmacie à usage interne. Les médicaments sont livrés tous les jours dans les unités de Montpon-Ménéstérol et de Bergerac et la pharmacienne se déplace une fois par semaine à Bergerac. Elle étudie toutes les prescriptions, vérifie les interactions médicamenteuses, valide les ordonnances en les accompagnant de commentaires si nécessaire. En cas de problème, elle peut refuser une ordonnance.

Au moment de l'admission de certains patients, notamment lorsqu'ils sont âgés, un bilan optimisé des traitements préalablement prescrits est réalisé.

#### b) Les prescriptions

Toutes les prescriptions passent par des ordonnances individualisées. Il n'y a pas de prescription « si besoin » ni d'administration systématique de médicaments psychotropes. Toutefois, bien que les benzodiazépines soient généralement utilisées dans une proportion importante dans les unités fermées Aladin, USIP et UPC, il est notable que certains médecins en prescrivent plus que d'autres. Il a également été indiqué aux contrôleurs que, de manière générale, les médecins intérimaires ont une plus grande tendance à « assommer » les patients : ils les connaissent peu, sont présents pour des durées courtes et ne souhaitent pas prendre de risque. Dans l'unité Aladin, plusieurs patients se sont dit satisfaits d'avoir été écoutés et entendus s'agissant de leur traitement depuis l'arrivée récente et stable du médecin chef de l'unité. A leur demande, ils ont pu changer de molécule, diminuer certaines doses, voire supprimer certains traitements dont ils se plaignaient.

A l'USIP, la pratique de la « fenêtre thérapeutique »<sup>7</sup> peut être mise en œuvre dans les cas où des patients ont fait l'objet d'un « entassement de médicaments » dans lesquels il s'avère difficile d'avoir de la visibilité sur l'effet de chaque traitement. Il s'agit de retirer les médicaments un à un et de les réintroduire progressivement, afin de rééquilibrer une prescription dont on pourra mesurer l'efficacité.

#### c) L'administration des traitements

Dans toutes les unités, un système de double vérification est mis en place mais la validation des traitements n'est pas faite en direct. Les unités du PSRD ainsi que l'USIP ne sont pas équipées d'un ordinateur portable le permettant. L'unité Aladin n'utilise pas le sien en direct et les traitements sont donc toujours validés *a posteriori*.

Les erreurs dans l'administration de traitement ne sont pas considérées comme des fautes professionnelles mais comme des événements indésirables qui sont ensuite remontés au service qualité. Au cours de l'année 2018, cinq événements indésirables ont porté sur des erreurs de traitement.

Les pratiques de dispensation des traitements varient selon les unités. A l'UPC ils sont dispensés en salle de pharmacie avant les repas ; à l'USIP dans la salle à manger ; dans l'unité Aladin, les patients sont rassemblés dans la salle de télévision où est conduit le chariot des médicaments, les WC situés à proximité sont fermés pour éviter que des patients ne se « débarrassent » de leur traitement. Dans ces deux unités, l'administration est faite sans aucune confidentialité. L'acceptation du traitement est pourtant un aspect essentiel de la prise en charge et est un enjeu

---

<sup>7</sup> Interruption provisoire d'un traitement en cas d'intolérance ou d'insuccès ou dans le but d'éviter une accoutumance de l'organisme et donc une moindre efficacité du traitement.

particulièrement important pour les patients hospitalisés sans leur consentement. L'administration des traitements doit permettre, autant que possible, un dialogue confidentiel entre la personne soignée et le soignant.

Dans l'unité Artaud du PSRD, la dispensation des traitements a lieu dans la salle de soins, avant ou après les repas. Les patients se présentent à leur rythme, sans faire la queue devant la porte. Certains reçoivent leur traitement qui a été préparé sous blister par l'équipe de nuit. Les patients en voie d'autonomisation préparent eux-mêmes une fois par semaine leur traitement dans un pilulier, en présence d'un soignant. C'est un temps d'éducation thérapeutique et d'échange sur la composition du traitement, le type de médicaments. Le pilulier de chacun est conservé sur le chariot de médicaments et ces patients prennent seuls leur traitement, en présence du soignant.

### BONNE PRATIQUE 2

Dans certaines unités, les patients sont conduits vers l'autonomie en participant à la préparation de leurs piluliers.

### PROPOSITION 4

Dans toutes les unités, la dispensation des médicaments doit être réalisée individuellement, dans un lieu fermé permettant le respect de la confidentialité et du secret médical ainsi que le partage avec le professionnel administrant le traitement.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, précise que, *dans l'unité Aladin, les traitements sont certes dispensés dans le salon TV, porte ouverte, mais individuellement et qu'une réflexion sera conduite à l'USIP.*

#### 6.1.4 Les permissions de sortie et les programmes de soins

Ces mesures destinées à individualiser le temps d'hospitalisation complète et à préparer la sortie sont correctement investies par les médecins.

Au cours du trimestre précédant la visite des contrôleurs, 37 patients de l'UPC et 23 de l'unité Aladin ont bénéficié de sorties accompagnées de moins de douze heures ; 7 à l'USIP (Cf. § 8.1).

30 et 20 patients ont bénéficié de permissions de sortie non accompagnées de moins de 48 h dans les unités UPC et Aladin.

En 2018, 178 patients ont fait l'objet d'un programme de soins : 41 en SDRE, 98 en DST et 39 en PI. Lors de leurs passages à l'hôpital pour des temps d'hospitalisation séquentielle, des demandes de permissions de sortir sont inutilement sollicitées pour ces patients, dès lors soumis à des restrictions de liberté qui n'ont pas lieu d'être.

#### 6.1.5 Les activités thérapeutiques et de médiation

Une pluralité d'activités sont développées, à l'échelle des unités, des pôles et de l'établissement. Elles s'appuient sur des espaces variés pour le site de Montpon-Ménéstérol : cafeteria, pôle multimédia, salle de spectacle, gymnase, mini-golf, salle de yoga, ateliers de création artistique etc. et sur des moyens matériels et humains solides - même si le personnel a été réduit ces dernières années - ainsi que sur trois associations.

Le site de Bergerac ne dispose en revanche que de peu d'espaces collectifs : pas de gymnase ni de cafétéria notamment.

Pourtant, dans les questionnaires de sortie du 2<sup>ème</sup> semestre 2018, 27% des patients ont déclaré n'avoir participé à aucune activité.



### *Salles du pôle d'activités transversales de Montpon-Ménéstérol*

#### *a) Activités au sein des unités*

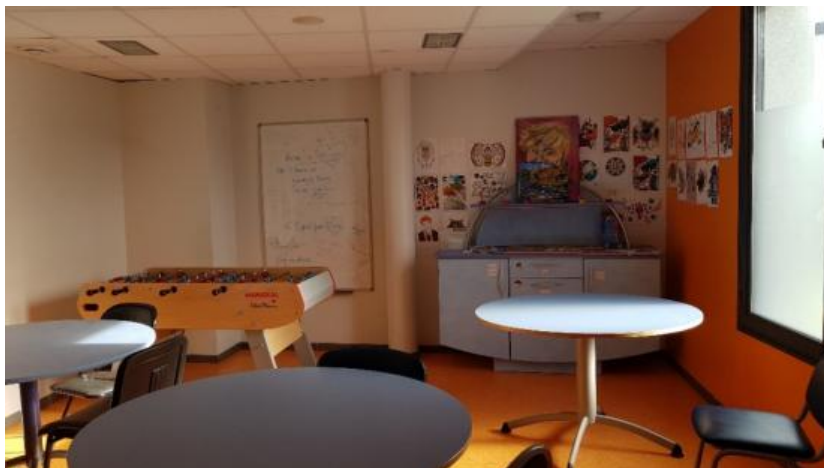
Le personnel organise au sein des unités des activités à visée occupationnelle mais aussi thérapeutiques.

Certaines cadres d'unités disposent d'une carte de crédit qui permet d'acheter des produits d'alimentation pour les activités de cuisine. Cependant elles déplorent que pour tout autre achat (bricolage, décoration, petit équipement sportif etc.) les procédures sont lourdes et décourageantes de sorte que le personnel réalise fréquemment des courses sur ses deniers propres. Une carte de crédit utilisable dans d'autres commerces que ceux d'alimentation permettrait d'apporter plus de souplesse et soutiendrait les initiatives du personnel.

A Aladin, des ateliers d'expression avec la psychomotricienne et l'art-thérapeute sont conduits deux fois par semaine.

A l'USIP, les activités de médiation ouvertes à tous comme les nombreuses activités thérapeutiques sur prescription sont conduites par les soignants de l'unité, dotée de divers espaces adaptés (Cf. § 8.1).

A l'unité Ritti, diverses activités occupationnelles sont conduites par les soignants et des psychomotriciennes interviennent deux demi-journées par semaine pour des activités thérapeutiques (Cf. § 8.3).



*Salle d'activités de l'UPC*

#### *b) Activités développées par les pôles*

##### *i) Pôle de Bergerac*

Diverses activités inter-unités de médiation sont conduites par les soignants, notamment des ateliers cuisine et pâtisserie. Des activités sportives à visée thérapeutique sont animées chaque matin par un aide-soignant moniteur sportif ; cependant, en l'absence de gymnase, certaines activités sont liées aux disponibilités des installations municipales. Les patients en SSC peuvent être autorisés à participer à ces sorties.



*Les ateliers « Cuisine » et « Pâtisserie » du pôle de Bergerac*

##### *ii) Pôle des deux vallées*

Les activités sportives transversales à visée thérapeutique sont animées par un aide-soignant moniteur sportif, au gymnase de l'établissement et dans les équipements sportifs environnants. Dans les prescriptions pour les patients en SSC, le sport est fréquemment privilégié.



A l'unité fermée Aladin, une salle Snoezelen (stimulation multi-sensorielle contrôlée) est utilisée deux fois par semaine par une psychomotricienne. Cette salle peut être mise à disposition d'autres unités.

### iii) Pôle PSRD

Trois ETP sont consacrés à des activités transversales à visée thérapeutique telles la piscine, la cuisine, des marches et sorties culturelles, la réalisation d'un journal « Notre monde », mais également les accompagnements de patients dans leurs familles.

### c) *Activités désectorisées du site de Montpon-Ménéstérol*

#### i) Le pôle activités

Une équipe de deux infirmiers, dotés de compétences sportives pour l'un et de création manuelle pour l'autre, et trois psychomotriciens à mi-temps organisent des activités transversales hors et dans les unités : sorties à la cafétéria, randonnées, sorties au marché, sport au gymnase ou dans la salle de yoga, activités créatives, d'expression corporelle, psychomotricité, informatique. Les patients de l'unité Aladin peuvent y participer, soit accompagnés de l'aide-soignant soit seuls selon la prescription médicale.

#### ii) Le pôle multimédia

Ce dispositif est à disposition des soignants de toutes les unités. Il permet la conduite de plusieurs ateliers : journal, informatique, écriture, photos, « surfons sur le net » ...

#### iii) La salle de spectacles

Une salle de spectacles permet l'organisation de manifestations, ouvertes aux habitants de Montpon-Ménéstérol.

### d) *Activités associatives*

Trois associations contribuent aux activités de médiation et à la réhabilitation psychosociale des patients.

#### i) L'amicale des patients

L'amicale des patients, qui existe depuis 1948 et constituait alors le support de toutes les activités de psychothérapie institutionnelle, s'est recentrée sur un objectif d'amélioration du séjour du patient au travers de prêts pour des projets individuels et du financement de projets collectifs. Elle est le support juridique de la « banque des patients », gérée par le bureau des admissions. Elle est propriétaire de deux véhicules qui permettent des sorties et des accompagnements de patients. Elle réalise des actions de loisirs dans la cafétéria, ouverte tous les jours, laquelle constitue un lieu important et plaisant de sociabilité (bibliothèque, bal, loto). Ses recettes sont assurées par la délégation qui lui est faite par l'établissement des ventes réalisées à la cafétéria, ce qui génère un budget annuel de 35 à 40 000 €.

Les membres du bureau de l'association, qui sont des professionnels de l'établissement, exercent leur activité associative bénévolement, hors temps de travail.

#### ii) L'Arche

L'Arche est une association liée au PSRD. Elle développe des activités à destination des patients : la friperie, la ferme thérapeutique, la gestion de la « Maison de l'Isle » (Cf. § 8.5). Ces activités

dégagent des produits (vente de vêtements, vente d'œufs et de volaille, locations de chambres à des patients) et permettent de financer des activités occupationnelles et de médiation.

### iii) Zap'Art

L'association Zap'Art constitue le service culturel de l'établissement. Elle dispose d'une convention avec celui-ci et perçoit une subvention annuelle de 5 000€. Deux professionnels (une soignante et une animatrice socio-culturelle) sont mises à disposition par l'établissement, il en est de même pour le bâtiment et la logistique. Le président de l'association, salarié de l'établissement, exerce son activité associative bénévolement, hors temps de travail. Les membres de l'association sont des professionnels de l'établissement, des patients, des membres de la société civile.

Zap'Art est un centre d'art non thérapeutique et ne conduit donc pas d'ateliers thérapeutiques. Il développe des actions dans le cadre de la convention Culture Santé et avec l'agence culturelle de la Dordogne ; il multiplie les partenariats avec les acteurs environnant afin de favoriser l'épanouissement des personnes hospitalisées et leur intégration dans la cité.

Il accueille des résidences d'artistes. Les manifestations culturelles (danse, théâtre, musique, art plastique) sont des prétextes à la rencontre de différents publics, dont les patients et les professionnels de l'établissement. Les projets culturels sont proposés aux unités et les patients sont accompagnés aux manifestations par les salariées de l'association. Ainsi une action musique/cultures urbaines/graphes a été mise en place par Zap'Art à la demande des soignants de l'USIP et les patients de cette unité ont pu y participer dans les locaux de Zap'Art.



*Salle de spectacle Zap'Art à Montpon-Ménéstérol*

## BONNE PRATIQUE 3

Les soins accordent une place conséquente aux activités thérapeutiques, déployées sur des sites variés à Montpon-Ménéstérol et avec le concours de plusieurs associations qui permettent une ouverture sur la cité.

## 6.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST ASSURÉE MALGRÉ UN EFFECTIF MÉDICAL TRÈS CONTRAINT

Le manque de médecins généralistes affecte l'ensemble de l'établissement mais particulièrement les unités de Montpon-Ménéstérol, plus isolées. Parfois, un médecin peut être

seul pour assurer la prise en charge des deux pôles de Montpon-Ménéstérol. Leur manque de disponibilité est accentué par le système de garde qui engendre des récupérations.

De fait les médecins somaticiens ne passent pas systématiquement dans les unités mais uniquement sur demande, y compris lorsqu'un patient est placé sous contention.

Pour les consultations spécialisées, des délais d'attente sont parfois importants pour certaines spécialités. A Montpon-Ménéstérol il n'existe plus que des consultations en cardiologie alors qu'étaient auparavant organisées des consultations dentaires, ophtalmologiques et dermatologiques. Les rendez-vous sont tracés par le médecin somaticien et l'équipe soignante et la dimension somatique prise en compte lors des staffs.

Les programmes d'éducation thérapeutique développés par l'hôpital ne bénéficient pas aux patients de l'intra-hospitalier.

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SATISFONT AUX NORMES REGLEMENTAIRES

La situation de l'USIP est traitée dans le § 8.1 et l'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA) en 8.4.

Hormis ces unités, l'établissement dispose de :

- deux chambres dédiées à l'isolement à l'UPC plus cinq fermables ;
- deux chambres dédiées à l'isolement à l'unité Aladin.

Les chambres de l'UPC dédiées à l'isolement sont équipées de WC, point d'eau, bouton d'appel et pendule à affichage digital avec date, bien visible depuis le lit. Un cylindre en mousse permet de prendre son repas assis au bord du lit. Un cabinet de toilette est situé dans le sas commun aux deux chambres, dont l'accès nécessite l'intervention d'un soignant. L'une des chambres est visible depuis le bureau des soignants par une vitre protégée par un rideau opaque, les deux sont équipées d'une caméra dont les images sont renvoyées dans le bureau de soin. L'angle de vue n'inclut pas les toilettes.



*Chambre d'isolement et son sas à l'UPC*

Si un patient est placé en chambre d'isolement, il doit se mettre en pyjama.

Il n'y a pas de « prescription si besoin » ; si l'équipe soignante est conduite à placer un patient en isolement en urgence, le médecin est immédiatement appelé et doit se déplacer dans l'heure.

Les repas sont servis avec des couverts en plastique ; ils sont pris dans la chambre en présence d'un ou deux soignants. Il est en général permis de sortir accompagné quelques fois dans la journée pour les fumeurs, dans une petite cour sécurisée.

La surveillance est assurée par des rondes toutes les heures, inscrites sur le logiciel CORTEXTE. Le médecin somaticien est appelé tous les jours.

L'isolement séquentiel est souvent pratiqué à la fin de la mesure et une chambre ordinaire est toujours gardée libre pour mettre fin à la mesure dès que possible.



*Cour sécurisée pour les patients en isolement à l'UPC*

L'unité dispose aussi de cinq chambres dites de soins intensifs dans lesquelles les patients peuvent être isolée, voire placés sous contention (ce qui n'a pas été pratiqué depuis quatre ans). Ces mesures sont prescrites et tracées comme celles ordonnées en chambre d'isolement. Les chambres sont meublées comme une chambre ordinaire, ce qui correspond à leur usage le plus fréquent.



*Une chambre de soins intensifs de l'UPC*

Les deux chambres de l'unité Aladin sont comparables à celles de l'UPC. Le bouton d'appel est remplacé par un interphone communicant. Les modalités de prise en charge sont globalement les mêmes, si ce n'est qu'il est autorisé de fumer à la fenêtre, ou au bord du lit si on est contentonné d'un bras. Un patient s'est plaint d'avoir faim et de ne pas pouvoir fumer. Une radio et de la lecture peuvent être laissés au patient mais uniquement sur prescription médicale.

La fréquence de la surveillance est indiquée dans Cortexte et les soignants passent en fonction. Le médecin somaticien ne passe pas d'initiative mais est appelé quotidiennement.

Les décisions de placement et de renouvellement de l'isolement sont prises en soirée par les médecins somaticiens de garde. Il n'a pas été possible aux contrôleurs d'apprécier si un réel échange avait lieu à cette occasion avec le médecin psychiatre d'astreinte, le personnel utilisant la formule : « le psychiatre est informé ». Les décisions sont renouvelées en journée par un médecin psychiatre, y compris le week-end.



*Une chambre d'isolement de l'unité Aladin*

Dans l'unité Antonin Artaud, une chambre d'apaisement est exceptionnellement utilisée comme chambre d'isolement, uniquement sur décision médicale et pour des durées inférieures à deux heures. Située au rez-de-chaussée, à proximité immédiate de la salle de soins, elle est équipée comme les autres chambres de l'unité, si ce n'est que le lit est équipé de sangles. La pièce dispose d'une horloge mais pas de WC ni de point d'eau, la porte ne dispose pas de hublot, il n'y a pas de vidéo-surveillance ni de bouton d'appel. La surveillance se fait par visite avec entrée du soignant dans la chambre.

Lors d'une mise à l'isolement, les effets personnels sont retirés mais le patient n'est pas mis en pyjama, le repas est pris dans la chambre, un patient fumeur peut être accompagné dans la cour. A la date de la visite, cette chambre n'avait pas été utilisée depuis cinq mois, ni pour l'apaisement ni pour l'isolement.

## **7.2 LE REGISTRE EST PEU EXPLOITABLE**

Le protocole isolement/contention a été révisé pour la dernière fois en février 2017, pour tenir compte de l'obligation de traçabilité.

Le registre est constitué numériquement à partir de données tirées automatiquement du logiciel Cortexte : le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIMP). Une nouvelle version a été mise en place en 2018, imposant au médecin de renseigner deux formulaires distincts : la « prescription » et un « questionnaire » détaillant les motifs et modalités de la mesure. Les éléments renseignés dans la prescription servent à alimenter la « planification des soins », formulaire destiné à l'équipe soignante, qui doit le valider. L'ensemble de ces opérations doit être réalisé de façon rigoureuse car les données apparaissant sur le RIMP en sont tributaires. Il a été expliqué aux contrôleurs que des erreurs ou omissions restaient fréquentes, le personnel n'ayant pas encore intégré les procédures.

L'instruction ministérielle du 29 mars 2017 <sup>8</sup> précise : « Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le registre mentionne l'identifiant anonymisé du patient, le service dont il dépend, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure de début et de fin, sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé ». En réalité, l'heure de début de la mesure est automatiquement inscrite sur le logiciel : il s'agit non pas du moment où le patient est physiquement installé dans la chambre d'isolement placé sous contention mais de l'heure où le médecin a pris la décision. Le logiciel prévoit la possibilité pour le médecin de modifier manuellement les données date/heure sur le RIMP mais cela n'est pas fait. Outre que cette pratique ne correspond pas aux directives ministérielles, elle fausse les données et ne permet pas de s'assurer que des initiatives des soignants sont immédiatement signalées à un médecin, lequel doit s'entretenir avec le patient dans l'heure afin de valider ou non la mesure.

### RECOMMANDATION 6

Le registre de contention/isolement doit permettre de connaître précisément les dates et heures de début effectif de la mesure.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, rappelle *que le logiciel Cortexte permet au médecin de modifier l'heure effective de début de la mesure et indique que l'information sera rappelée en CME et en directoire en septembre 2019. Elle estime par ailleurs qu'il serait souhaitable, au niveau national, qu'il soit permis de distinguer les mesures prises à la demande du patient ou bien encore la pose de barrières de lit.*

La haute autorité de la santé (HAS) demande que le registre distingue cinq cas :

- isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique ;
- isolement en dehors d'un espace dédié ;
- contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonne pratique ;
- contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions<sup>9</sup> prévues par les recommandations de bonne pratique ;
- contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique.

Au moment où le médecin établit la prescription il doit renseigner un questionnaire sur Cortexte, en indiquant :

---

<sup>8</sup> Instruction no DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

<sup>9</sup> Synthèse de la recommandation de bonne pratique de la HAS « Contention mécanique en psychiatrie générale » de février 2017 : « La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Elle ne peut avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques. La contention mécanique ne peut se faire qu'en position allongée.

Exceptions : dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient, il peut être possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire tels que des vêtements de contention. Cette contention n'est pas nécessairement associée à l'isolement et s'inscrit dans un plan de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, en dehors du cadre de l'urgence ».

- les alternatives mises en œuvre en vain – entretien médical et / ou infirmier, ajustement du traitement, ateliers à visée thérapeutique, ateliers occupationnels, promenade, activités sportives – ;
- le type de contention à réaliser – poignet(s), cheville(s), abdomen, au fauteuil, barrières de protection, gilet de contention – ;

et en précisant si :

- le patient et le représentant légal ont été informés ;
- une vidéo-surveillance doit être réalisée ;
- les bénéfices risques ont été évalué ;
- le patient doit prendre ses repas en chambre, avec un soignant ;
- il a droit à des sorties accompagnées ;
- il peut fumer ;
- il peut conserver des objets personnels, un nécessaire de toilette.

Face à chacun de ces points, le médecin coche une case « OUI » ou « NON », sans aucun développement motivant la décision ; il faut consulter le dossier du patient pour voir d'éventuelles motivations détaillées.

L'examen du registre montre que le médecin prescrit systématiquement une vidéo-surveillance.

### RECOMMANDATION 7

Afin de favoriser leur accompagnement, les patients placés en chambre d'isolement doivent faire l'objet d'une surveillance humaine soutenue. On ne saurait la remplacer par une vidéosurveillance, qui ne peut être utilisée que de manière brève et ponctuelle.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, souligne *que les patients sont physiquement visités toutes les heures et que cette surveillance humaine est tracée.*

L'analyse des données réalisée par le service qualité donne les éléments suivants pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre 2018, sans toutefois préciser la file active, ce qui nuit considérablement à l'analyse des données :

- Pôle des deux vallées :
  - o 337 mesures pour une durée moyenne de 22 heures, concernant 60 patients :
    - 10 contentions simples dont 2 pour des patients en soins libres : 1 pour 1 heure, 1 pour 8 heures, 6 pour 12 heures, 2 pour 24 heures ;
    - 37 contentions en chambre d'isolement, uniquement pour des patients en SSC : 2 pour 1 heure, 1 pour 2 heures, 5 pour 6 heures, 1 pour 8 heures, 13 pour 12 heures, 15 pour 24 heures ;
    - 290 placements en chambre d'isolement sans contention dont 2 pour des patients en soins libres : 1 pour 6 heures, 3 pour 8 heures, 14 pour 12 heures, 272 pour 24 heures, soit une moyenne de 2,4 mesures par jour ;
  - o 79 « MCI/Contention en continu » : 29 de 1 jour, 8 de 2 jours, 13 de 3 jours, 13 de 4 à 5 jours, 4 de 6 à 7 jours, 7 de 8 à 9 jours, 1 de 11 à 15 jours, 4 de plus de 15 jours (1 de 15 jours, 2 de 16 jours et 1 de 32 jours).
- Pôle de Bergerac :



- 63 mesures pour une durée moyenne de 16,62 heures, concernant 22 patients :
  - 8 contentions simples dont 7 pour des patients en soins libres : 2 pour 1 heure et 6 pour 24 heures ;
  - 6 contentions en chambre d'isolement dont 2 pour des patients en soins libres : 5 pour 12 heures et 1 pour 24 heures ;
  - 49 placements en chambre d'isolement sans contention dont 2 pour des patients en soins libres : 3 pour 1 heure, 11 pour 2 heures, 4 pour 12 heures, 31 pour 24 heures ;
- 1 « MCI/Contention en continu » d'une durée de 8 à 10 jours.
- UHA :
  - 8 mesures pour une durée moyenne de 14,13 heures, concernant 4 patients, tous en soins libres ;
    - 3 contentions en chambre d'isolement pour 24 heures ;
    - 5 placements en chambre d'isolement sans contention : 1 pour 1 heure, 2 pour 2 heures, 1 pour 12 heures, 1 pour 24 heures ;
  - 6 « MCI/Contention en continu » : 5 pour 1 jour et 1 pour 2 jours.

Et pour le période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2018, toujours sans référence à la file active :

- Pôle des deux vallées :
  - 284 mesures pour une durée moyenne de 22,32 heures, concernant 43 patients :
    - 9 contentions simples dont 6 pour des patients en soins libres : 1 pour 8 heures, 1 pour 12 heures, 7 pour 24 heures ;
    - 22 contentions en chambre d'isolement dont 1 pour un patient en soins libres : 1 pour 2 heures, 2 pour 6 heures, 9 pour 12 heures, 10 pour 24 heures ;
    - 253 placements en chambre d'isolement sans contention dont 1 pour un patient en soins libres : 1 pour 4 heures, 1 pour 6 heures, 4 pour 8 heures, 15 pour 12 heures, 232 pour 24 heures, soit une moyenne de 2,8 mesures par jour ;
  - 67 « MCI/Contention en continu » : 28 de 1 jour, 8 de 2 jours, 4 de 3 jours, 7 de 4 à 5 jours, 9 de 6 à 7 jours, 7 de 8 à 10 jours, 3 de 11 à 15 jours, 1 de plus de 15 jours.
- Pôle de Bergerac :
  - 51 mesures pour une durée moyenne de 22,67 heures, concernant 10 patients :
    - 0 contention simple ;
    - 25 contentions en chambre d'isolement : 1 pour 4 heures, 3 pour 12 heures et 21 pour 24 heures ;
    - 26 placements en chambre d'isolement sans contention dont 1 pour un patient en soins libres : 1 pour 12 heures, 25 pour 24 heures ;
  - 10 « MCI/Contention en continu » : 1 de 1 jour, 2 de 2 jours, 2 de 3 jours, 2 de 4 à 5 jours, 3 de 6 à 7 jours.
- UHA :
  - 4 mesures pour une durée moyenne de 15 heures, concernant deux patients en soins libres :
    - 2 contentions en chambre d'isolement pour 12 heures ;

- 2 placements en chambre d'isolement sans contention : 1 pour 12 heures, 1 pour 24 heures ;
  - o 3 « MCI/Contention en continu » : 2 pour 1 jour, 1 pour 2 jours.

La directrice de l'établissement précise, dans son courrier du 7 août, que *les « MCI/Contentions en continu » sont prises en compte dans le nombre total de mesures.*

L'ensemble de ces chiffres montre des pratiques d'isolement assez habituelles, associées de manière régulière mais modérée à de la contention. Des décisions de placement en chambre d'isolement ou de contention sont prises pour des patients en soins libres sans être régularisés en soins sans consentement au-delà de douze heures<sup>10</sup>.

La pratique de l'isolement et de la contention n'apparaît pas suffisamment analysée, en termes de file active et de pratique générale par les équipes soignantes, même si les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées sur le logiciel Cortexte.

### RECOMMANDATION 8

Le placement en chambre d'isolement pour des patients en soins libres doit être proscrit au-delà de douze heures si une démarche de soins sans consentement n'est pas engagée.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, précise que *ces pratiques, exceptionnelles (sept au cours du 2ème semestre 2018) n'ont concerné que des patients mineurs, à l'UHA ou à l'USIP et que l'analyse trimestrielle du registre, réalisée depuis sa mise en œuvre en 2016, a permis une diminution de 15% (1728 mesures en 2016 pour 1479 en 2018).*

---

<sup>10</sup> Recommandations de la HAS de 2016 (sur article R 4127-32 du CSP) : De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation de son régime de soins.

## 8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 8.1 L'UNITE DE SOINS INTENSIFS EN PSYCHIATRIE EST DE CONCEPTION ET DE FONCTIONNEMENT CARCERAL

#### 8.1.1 L'activité

Cette unité de dix places, ouverte en 2011, a vocation à accueillir pour des séjours de deux à huit semaines, renouvelables une fois, des patients en SSC en phase aigüe orientés depuis leur établissement de secteur, soit pour affiner un diagnostic complexe, soit pour ajuster des traitements après échecs thérapeutiques, soit pour un temps de rupture en raison de comportements inadaptés ou violents. Les décisions d'admission sont prises en équipe, il existe une liste d'attente.

L'unité a reçu en 2018 59 patients originaires de toute la France, pour une DMS de 59 jours. Le taux d'occupation est proche de 100%. Il arrive que l'USIP accueille des mineurs et des personnes détenues. Compte tenu de l'origine géographique très large des patients, peu bénéficient de visites de leurs proches.

#### 8.1.2 Les locaux

L'accès à l'unité suppose le passage de trois portes fermées à clé et d'un portique de détection des masses métalliques. Les locaux sont récents, bien entretenus et clairs. Tous les espaces sont situés en rez-de-chaussée, répartis autour d'une cour close dont le haut des murs est sécurisé par du grillage incliné. L'ensemble du bâtiment est climatisé et surveillé par des caméras (sans système d'enregistrement des images).

L'unité est exclusivement constituée de chambres d'isolement. Le lit est fixé au sol et équipé de sangles de contention, le pouf et la table sont en mousse, les sanitaires sont situés dans le sas de sorte que si la porte est fermée les patients ne peuvent accéder aux toilettes. Il est alors remis un bassin ou un urinal. Toutes les chambres sont équipées d'une horloge et de caméras reliées à un système de communication vocale. Les fenêtres ne sont pas barreaudées mais ne peuvent être ouvertes par les patients, ils n'ont pas non plus la maîtrise du fonctionnement des volets roulants. Il n'existe pas de bouton d'appel de sorte que si la caméra n'est pas branchée il n'est pas possible d'alerter le personnel. Les portes situées entre la chambre et le sas sont équipés d'un œilleton, pas celles ouvrant sur le couloir ce qui préserve l'intimité des patients.

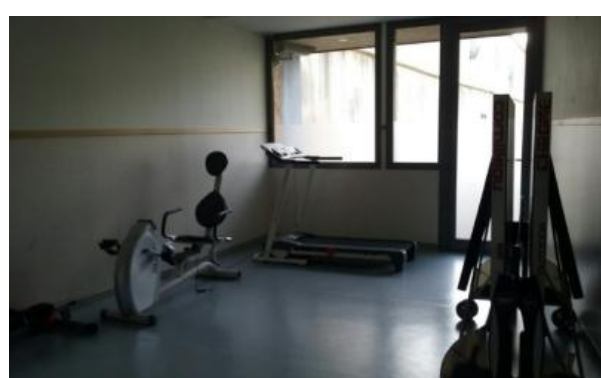
Les espaces communs comportent une cour intérieure équipée de bacs de jardinage et d'un espace pour pratiquer le badminton, une salle d'activité, deux salles de télévision, un réfectoire, une salle de sport, une salle de bain avec baignoire balnéo et table pour des soins esthétiques. Les espaces de soin sont adaptés. Un salon équipé de meubles fixés au sol et d'une vitre de surveillance est dédié aux visites.



*Chambre et sas à l'USIP*



*Réfectoire, salon télé et salle d'activités*



*Cour et salle de sport*

### 8.1.3 La prise en charge

L'unité dispose d'un projet de soin élaboré à son ouverture en 2011. La cadre de santé a préparé en 2013 un projet d'évaluation qui n'a pu être travaillé ni validé faute de médecin responsable de l'unité. Au moment de la visite, le médecin en place avait signé en janvier un contrat pour six mois, durée suffisamment longue pour lui permettre d'intervenir en ambulatoire à mi-temps mais pas pour s'investir dans un projet de service.

Le ratio soignant/soignés est renforcé avec trois soignants plus un ASH matin et après-midi. L'équipe est masculine à 40 % et à 100% la nuit (deux soignants). Un psychologue intervient une journée par semaine. L'équipe est apparue soudée, impliquée, avec une forte dynamique de service portée par la cadre.

Les patients sont vus régulièrement par le médecin et bénéficient, sur prescription, d'entretiens infirmiers, psychologiques, de prises en charge addictologiques et d'ateliers thérapeutiques animés en interne. Un même support d'activité peut constituer une activité « occupationnelle » ou thérapeutique : activités créatives, sportives (en salle et sans la cour), jeux de société, pétanque, relaxation, bain esthétique ou thérapeutique, jardinage, cuisine, informatique. Le jardinage est particulièrement apprécié et les produits récoltés sont utilisés en cuisine. Il est regrettable que le sol bétonné ne laisse pas plus d'espace pour cette activité. Les projets de soins individualisés sont réévalués chaque semaine en staff, auquel participe le psychologue. Des synthèses à mi-parcours et en fin de séjour sont organisées avec l'équipe de l'établissement d'origine (par visioconférence ou téléphone le cas échéant). Le patient est associé à la rédaction d'une synthèse de fin de prise en charge.

L'unité fonctionne sur la base de son règlement, non remis en cause depuis l'ouverture. Celui est marqué par de nombreux interdits :

- chambres non accessibles aux patients en journée, sauf autorisation médicale ;
- temps de « repli » obligatoire en chambre pour tous de 13h à 14h30/45 (fermées à clé lors de la visite des contrôleurs) ;
- aucun objet autorisé en chambre, même un livre, sans autorisation médicale ;
- communications téléphoniques et visites soumises à autorisation médicale ;
- vêtement d'hôpital obligatoire (jogging et baskets) ;
- treize cigarettes par jour au maximum ;
- nourriture extérieure autorisée uniquement si elle est remise au personnel et partagée entre tous.

Et par des pratiques standardisées : aucune sortie le 1<sup>er</sup> mois, sortie à la cafétéria à mi-séjour puis une sortie extérieure (randonnée, course, pique-nique etc.). Si ces sorties peuvent être annulées en raison de l'état du patient, il n'est pas d'usage qu'elles soient à l'inverse avancées au cours du séjour dans le cadre d'une prise en charge individualisée.

### 8.1.4 L'isolement et la contention

De manière réglementaire, quel que soit l'état du patient, il est placé en isolement total durant 24 h minimum puis progressivement autorisé à participer à la vie collective les deux jours suivants. La porte du sas où se trouvent les sanitaires est fermée ou non, selon la prescription ; les patients doivent porter le pyjama d'hôpital ; ils sont accompagnés dans la cour un quart d'heure au maximum cinq fois par jour pour fumer une cigarette, il leur est proposé en complément des substituts nicotiques (patches). Les caméras sont branchées et le personnel visite physiquement les patients toutes les deux heures, plus selon prescription. Les décisions

sont renouvelées par 24h, le cas échéant par le médecin de garde sans qu'il examine toujours le patient.

Lorsqu'au bout de quelques jours les temps hors de la chambre deviennent plus importants que les temps en chambre, les médecins prescrivent des « temps de repli en chambre », en pratique des enfermements séquentiels. Ils autorisent aussi des isolements « si besoin », mis en œuvre ponctuellement à la demande des patients. Des verrous intérieurs permettraient de satisfaire au besoin de tranquillité des patients sans recourir à leur enfermement.

L'ensemble de ces décisions sont portées au dossier du patient mais ne font pas l'objet d'un « questionnaire d'isolement », pas plus que les « replis » obligatoires pour tous du début d'après-midi. Ces pratiques n'apparaissent donc pas dans le registre d'isolement. En l'absence de décision d'isolement au sens formel, les caméras ne sont plus branchées, sauf exception sur indication médicale « vidéo ». Comme elles constituent aussi le moyen de communication audio, les patients pour appeler le personnel doivent alors crier ou taper dans la porte.

La nuit, toutes les chambres sont fermées à clé au plus tard à 23heures jusqu'au matin, sans aucune décision médicale individuelle.

L'ensemble de ces pratiques, contraires à la réglementation et aux préconisations de la HAS et qui échappent à la traçabilité exigée depuis la mise en place des registres perdure, faute de gouvernance médicale. L'isolement est marqué dans les habitudes et « partie prenante de la prise en charge » selon le personnel. De plus, les agents de nuit demeurent ainsi disponibles pour répondre à des appels d'urgence dans les autres unités, un soignant pouvant temporairement rester seul puisque toutes les chambres sont fermées. Enfin les médecins ne souhaitent pas, en raison de la charge de travail que cela implique, rédiger chaque jour des décisions d'isolement pour dix patients dont on peine au surplus à concevoir comment elles pourraient être individuellement justifiées.

La contention est rare selon l'équipe soignante et toujours de courte durée, de l'ordre de deux heures. Le matériel visible sur les lits impressionne certains patients mais aurait l'avantage, selon le personnel, de permettre lorsque nécessaire des gestes rapides et adaptés, en limitant les risques de blessure des patients comme des soignants.

#### 8.1.5 Ambiance dans l'unité

Les contrôleurs ont rencontré des soignants investis, disponibles et proches des patients. Les comportements agressifs sont rares alors que nombre de patients ont connu de longs épisodes d'isolement dans leur établissement d'origine à la suite d'actes violents. Les contrôleurs n'ont pas ressenti de crainte particulière chez les professionnels, ils n'ont été limités en aucune manière dans leurs nombreux échanges avec les patients. Le personnel estime que le cadre architectural contenant et les règles strictes constituent un cadre apaisant, structurant et rassurant pour les patients.

Nonobstant les fortes restrictions de liberté non individualisées, ces derniers ont salué la disponibilité du personnel et son écoute. Ils ont dit apprécier les liens fort noués avec les soignants, permis notamment par la taille de l'unité. Ces patients, tous orientés en raison de profils particulièrement difficiles, parviennent à vivre ensemble sans tensions particulières. Au regard des pratiques d'isolement, certains ont estimé ce régime « normal » dans la mesure où ils avaient été violents dans leur précédent établissement. Cette perception disciplinaire, voire punitive, mérite d'être interrogée. Beaucoup donnent des nouvelles, par téléphone ou par courrier. L'équipe soignante a montré avec fierté et émotion de nombreuses cartes postales de patients qui expriment leurs remerciements et éprouvent l'envie de dire comment ils évoluent.

L'investissement professionnel des équipes et les retours positifs des patients méritent particulièrement d'être soulignés au regard de l'absence de médecin stable dans l'unité depuis des années. Pour autant les règles de vie, huit ans après leur mise en œuvre, doivent impérativement être interrogées, évaluées et adaptées pour mieux intégrer les droits et libertés du patient et la déclinaison de projets de soins individualisés plutôt qu'un règlement intérieur type. Cette réflexion devra impérativement être collégiale, portée par toutes les catégories de personnel.

### RECOMMANDATION 9

Les règles de fonctionnement de l'unité de soins intensifs doivent être évaluées et révisées pour mieux intégrer les droits et libertés des patients.

Les restrictions de liberté doivent être individualisées et médicalement justifiées.

Les pratiques d'isolement non règlementaires doivent cesser.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, indique *qu'une réflexion sera conduite tout en maintenant le projet de soin indispensable à cette unité qui permet à des patients d'avoir une vie collective qu'ils n'avaient pas dans leur établissement d'origine.*

## 8.2 LE STATUT PENAL PRIME SUR LA CLINIQUE POUR LES PATIENTS DETENUS

### 8.2.1 L'admission

Depuis son ouverture en 2016, l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Cadillac (Gironde) est en principe compétente pour admettre les patients détenus des centres de détention (CD) de Mauzac, de Neuvic et de la maison d'arrêt de Périgueux. Auparavant, le CHS Vauclaire recevait des patients détenus de manière quasi continue. Il arrive toutefois que l'UHSA ne donne pas suite aux demandes d'admission, notamment en raison de manque de places. Les personnes sont alors hospitalisées dans l'établissement à titre transitoire, en SDRE. Celles détenues au CD de Mauzac sont hospitalisées à l'UPC de Bergerac tandis celles du CD de Neuvic sont hospitalisées à l'unité Aladin à Montpon-Ménéstérol. Les personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Périgueux sont quant à elles hospitalisées à l'hôpital de Périgueux. L'un des médecins du pôle de Bergerac exerce dans les deux établissements pénitentiaires, ce qui facilite les prises en charge durant l'hospitalisation.

Le personnel hospitalier va chercher les patients, systématiquement placés sous contention ; généralement une escorte de la gendarmerie accompagne l'ambulance. Le retour en détention est assuré par une escorte pénitentiaire. Outre le conducteur, l'équipage est composé de deux infirmiers, dont un infirmier de l'unité fermée qui recevra le patient. Ils prennent en charge le patient détenu au niveau du greffe de l'établissement pénitentiaire après que ce dernier a fait l'objet d'une fouille. La remise d'effets personnels – sous-vêtements, affaires de toilette, tabac – n'est pas systématique.

En 2018, sept personnes ont ainsi été hospitalisées au CHS Vauclaire : quatre à l'unité Aladin, deux à l'UPC et une à l'USIP, pour une durée comprise entre quatre et seize jours.

### 8.2.2 Les conditions d'accueil

Un protocole d'accueil des personnes détenues existe depuis 2001 et a été révisé pour la dernière fois en 2017. S'agissant des modalités d'hébergement, il indique qu'« en cas d'indisponibilité de

lit, l'accueil du patient détenu peut se faire temporairement dans une chambre dédiée à l'isolement thérapeutique accompagné d'une prescription médicale si la porte est fermée à clé ». Sur le site de Montpon-Ménésterol, dans l'unité Aladin comme à l'USIP, les personnes détenues ont été en pratique systématiquement placées à l'isolement durant tout leur séjour. A Bergerac, le constat est un peu plus mitigé : sur les deux patients détenus hospitalisés chacun cinq jours en 2018, l'un a pu sortir de la chambre d'isolement le dernier jour, l'autre y est resté toute la durée de son hospitalisation. En 2017, l'un des deux est resté 52 jours hors de la chambre d'isolement et l'autre est resté 7 jours dont 5 à l'isolement.

Au moment de l'inventaire, tous les effets personnels sont retirés et les patients-détenus sont mis en pyjama tant qu'ils sont placés à l'isolement.

#### RECOMMANDATION 10

Une réflexion doit s'instaurer pour que le soin ait la primauté sur l'aspect sécuritaire qui reste actuellement prioritaire dans la prise en charge des personnes détenues. Ces dernières ne doivent pas être systématiquement placées en chambre d'isolement, indépendamment de considérations cliniques.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, souligne *que l'UHSA n'accueille pas les patients en urgence et que l'établissement n'est pas adapté pour prévenir le risque d'évasion. Les patients sont placés en isolement, conformément au protocole d'accueil des personnes détenues, puis la mesure est réévaluée à chaque visite médicale.*

Après avoir rappelé que les personnes détenues doivent recevoir les mêmes soins individualisés que les autres patients, ledit protocole précise en effet : « cependant, au regard de son statut, certaines restrictions sont définies par le médecin de l'unité, en liaison avec l'établissement pénitentiaire concerné, avant l'admission et au cours des soins. » L'établissement pénitentiaire doit par ailleurs préalablement communiquer les numéros de téléphone que le patient détenu est autorisé à appeler, ainsi que les permis de visite. Le courrier doit passer par le centre pénitentiaire, qu'il soit expédié ou reçu.

Sur le site de Montpon-Ménésterol, des temps hors de la chambre d'isolement peuvent avoir lieu pour se rendre dans la cour de l'unité, téléphoner et recevoir de la visite. Toutefois, ces temps dépendent de la disponibilité des soignants qui ont pour consigne de rester à proximité des patients détenus pour les surveiller. Sur le site de Bergerac, les patients détenus ne sont autorisés ni à téléphoner, ni à recevoir de visites. Pour toute sortie hors de l'unité d'hospitalisation, même si elle se limite à l'enceinte de l'hôpital, une autorisation préfectorale est demandée.

#### RECOMMANDATION 11

Les patients détenus ne doivent pas voir leurs liens avec l'extérieur restreints dans une plus grande mesure que lorsqu'ils sont en établissement pénitentiaire, sauf pour des considérations cliniques.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, indique que *sur le site de Bergerac la réflexion se poursuit pour maintenir les liens avec l'extérieur.*



### 8.3 LES SOINS POUR LES PERSONNES AGEES SONT PLEINEMENT INVESTIS ET TENDENT A RENDRE LEUR SEJOUR LE PLUS COURT POSSIBLE

L'unité RITTI est située sur le site haut de l'hôpital de Montpon-Ménéstérol. Il s'agit d'une unité ancienne mais bien entretenue, vaste et lumineuse.

Elle dispose de vingt lits répartis dans neuf chambres simples et cinq doubles, toutes avec uniquement un lavabo. Les pièces sont petites mais adaptées dans leurs équipements : lits médicalisés, placards, tables de chevet et chaises. L'unique chambre dotée de sanitaires complets est dédiée aux patients qui doivent être placés en isolement septique. Pour ces derniers, selon leur pathologie et le risque de contagion, la porte est ou non fermée à clé. Cette chambre n'est jamais utilisée pour l'isolement psychiatrique.

Le service est doté de deux grandes salles de bain fonctionnelles pour des personnes non autonomes. Les vastes couloirs sont équipés de nombreux fauteuils roulants, déambulateurs, et d'un tapis de marche utilisé par le kinésithérapeute.



*Chambre double et simple de l'unité Ritti*

Les patients peuvent s'installer dans un vaste réfectoire, récemment rénové pour améliorer l'acoustique et qui ouvre sur une grande cour dotée d'un abri pour les fumeurs ainsi que dans deux salons télé, dont un climatisé.



*Salle de télévision et cour close*

L'unité est placée sous la responsabilité d'un médecin gériatre, un psychiatre intervient à hauteur de 0,2 ETP. Jusque récemment dispensés par des médecins intérimaires, les soins psychiatriques sont désormais assurés par le médecin chef du pôle, spécialisé en gériatrie et en psychiatrie.

Les équipes soignantes comportent quatre agents le matin, trois l'après-midi et deux la nuit, dont à chaque fois un infirmier. La présence d'un agent supplémentaire 3 à 4 demi-journées par semaine permet d'organiser des activités. Un psychologue et deux psychomotriciennes interviennent à hauteur d'une journée par semaine pour chaque spécialité et un kinésithérapeute ainsi qu'un ostéopathe sur prescription. L'assistante sociale est présente deux jours par semaine et plus si besoin, elle est pleinement intégrée à l'équipe et prend en charge la recherche de structures d'aval. L'entretien des locaux est en revanche difficile à assurer avec le temps effectif d'ASH, réduit par des arrêts de travail.

Ritti est une unité d'admission non totalement sectorisée ; elle accueille notamment des patients de Périgueux lorsqu'une prise en charge spécialisée est indiquée. L'admission des patients depuis leur domicile est priorisée par rapport à ceux placés en établissement de santé ou médico-social. Quatorze patients étaient hospitalisés lors de la visite des contrôleurs, âgés de 50 à 86 ans, tous en soins libres sauf un en HDT, entré le 9 mars en raison d'un risque suicidaire dans le cadre d'un syndrome dépressif sévère.

Elle n'a pas vocation à prendre en charge durablement les patients. La DMS était de 33 jours en 2018 et la DMH de 40. Le patient le plus ancien au moment de la visite des contrôleurs était entré en novembre 2018. L'objectif est de stabiliser les patients pour un retour dans leur milieu de vie initial, à défaut de rechercher une orientation adaptée : EHPAD, familles d'accueil etc., si besoin en lien avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

L'unité est fermée quoique les patients soient presque toujours en soins libres, en raison de la perte fréquente des repères spatiaux-temporaux. De plus, la route qui la relie au site principal de l'hôpital est dangereuse, en forte pente et sans trottoirs. Les patients ne sortent donc en général de l'enceinte de l'unité qu'accompagnés d'un proche ou dans le cadre d'une sortie thérapeutique. Il arrive que le personnel conduise en voiture puis revienne chercher un patient plus autonome qui souhaite passer un moment à la cafétéria ou inscrit à une activité du pôle transversal.

Les règles de vie sont empreintes de souplesse, qu'il s'agisse des visites comme de la possibilité de téléphoner avec l'appareil du service (les patients ne disposent en général pas de téléphone personnel), ou encore de l'accès aux chambres en journée.

Diverses activités sont conduites en interne par les psychomotriciennes, individuelles ou collectives, mais également par les équipes soignantes : relaxation, massages, chant, jeux de société (scrabble). Elles organisent en moyenne deux fois par mois des sorties : cinéma, restaurant, marché, cafétéria de l'hôpital.

Comme dans toutes les unités, des staffs hebdomadaires permettent d'évoquer chaque situation, d'évaluer et adapter les projets de soin et de préparer les modes de prises en charge en sortie d'hospitalisation.

#### BONNE PRATIQUE 4

Les patients de l'unité de psycho-gériatrie de Montpon-Ménéstérol bénéficient de prestations de psychomotricité, kinésithérapie et ostéopathie.

## 8.4 L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE OFFRE UN CADRE DE SOINS DE QUALITE MAIS NE REMPLIT PAS PLEINEMENT SES MISSIONS AU REGARD DU NOMBRE D'ADOLESCENTS HOSPITALISES EN UNITES POUR ADULTES

### 8.4.1 L'activité

L'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA) du site de Bergerac constitue la seule du département, lequel comporte deux inter-secteurs de pédopsychiatrie. Initialement prévue pour douze lits, la capacité d'accueil a été ramenée à six, ce qui apparaît suffisant au regard du taux d'occupation de 77%. L'UHA a reçu soixante-neuf patients en 2017, tous en soins libres et quatre-vingt-neuf en 2018, dont un en SDRE. La DMS était de 8 jours en 2018 et la DMH de 18 jours. Lors de la visite des contrôleurs, trois mineurs étaient présents, deux filles et un garçon, âgés de 13 à 15 ans, certains pour anorexie sévère.

L'unité reçoit en principe des mineurs de 11 à 18 ans, adressés par les services des urgences, des médecins des CMP ou libéraux ou encore par l'équipe de liaison. Cependant il arrive que des enfants plus jeunes soient hospitalisés (jusqu'à 9 ans) et que des adolescents de plus de 16 ans soient orientés vers des unités pour adultes, particulièrement s'ils sont agités.

Quatre mineurs ont été admis dans l'unité pour adultes Aladin en 2017, trois en soins libres et un en vertu d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Ils ont été au nombre de six en 2018 dont quatre à Aladin (un en soins libres, deux OPP et une SDRE), un en unité d'addictologie (soins libres) et un à l'UPC (SDRE). Au moment de la visite des contrôleurs, un mineur de 17 ans était hospitalisé dans l'unité Aladin, en vertu d'une OPP, depuis le 24 décembre. Il avait auparavant été hospitalisé à l'UHA et s'y était senti beaucoup mieux pris en charge. Ce jeune-homme a réintégré son foyer au cours de la mission de contrôle. Un autre, âgé de 17 ans et demi, était hospitalisé sur demande de ses parents à l'UPC, par transfert de l'UHA. Il était donc mineur en soins libres dans une unité pour majeurs dédiée aux patients en SSC.

La DMS des mineurs hospitalisés en unités pour adultes en vertu d'une OPP a été de 85 jours en 2018. Pour ces jeunes, aucune activité scolaire ou d'orientation n'est prévue. Il est regrettable qu'ils ne puissent bénéficier de l'accompagnement pluri-professionnel de l'UHA.

### RECOMMANDATION 12

Sauf circonstance exceptionnelle et inconvénient majeur pour les autres jeunes patients, les adolescents de plus de seize ans doivent être hospitalisés en unité de pédopsychiatrie plutôt que dans des unités pour adultes.

La directrice d'établissement, dans son courrier du 7 août, indique que *l'hospitalisation à l'UHA est toujours privilégiée*.

### 8.4.2 Les locaux

Construits en 2012, les locaux sont bien conçus, clairs, aérés et bien aménagés. Les chambres, toutes individuelles, disposent du mobilier nécessaire et de salles d'eau privatives. L'unité comporte un réfectoire, des salles de détente, relaxation, arts plastiques, sport, un atelier cuisine (partagé avec d'autres services). La chambre d'apaisement était en cours de restructuration, elle est équipée d'une caméra de vidéo-surveillance. Les professionnels ont indiqué l'utiliser occasionnellement, pour des durées courtes. Lors de la visite des contrôleurs, elle ne comportait pas de lit et était en travaux.

### 8.4.3 La prise en charge

La présence médicale est assurée par deux pédopsychiatres intérimaires, un interne et un généraliste à temps partiel. L'équipe soignante est composée d'infirmières, d'aides-soignantes, d'une psychologue et d'une éducatrice spécialisée. Durant la journée les adolescents peuvent sortir dans un vaste espace clos doté d'une cabane en bois et de matériel pour la pratique d'activités sportives (vélo, roller, skate). Il y a aussi un « coin potager », animé par un soignant. La scolarité est assurée « en pointillé » par deux éducatrices du milieu associatif. Les contrôleurs ont assisté au « staff » hebdomadaire qui réunit l'équipe soignante et les médecins, généraliste et pédopsychiatre. L'équipe est apparue soudée, les échanges riches et approfondis. Des séances de supervision, très appréciées par l'équipe, avec une psychologue extérieure sont proposées une fois par trimestre.

Les mineurs et leurs représentants légaux sont informés des règles de vie, oralement et par la remise d'un livret d'accueil et du règlement intérieur. Celui-ci stipule une rupture avec le milieu extérieur pour une durée de 48 à 72 heures, « pour un meilleur investissement du lieu de soin ». L'usage du téléphone est réglementé : autorisé pendant le temps des transmissions mais sans cartes SIM et selon les instructions du médecin pour les échanges avec l'extérieur. Les soignants composent le numéro et passent l'appel sur un point-phone situé dans le couloir, à côté duquel est affiché le planning de présence du personnel, avec les prénoms. Les visites sont également soumises à l'autorisation du médecin.

Il n'est pas permis de fumer, des substituts nicotiniques sont proposés.

### 8.4.4 L'isolement et la contention

L'unité dispose d'une chambre d'isolement. Elle est dotée d'un sas dans lequel est situé la douche, le bloc WC est dans la chambre, hors du champ de la caméra dont les images sont renvoyées dans le bureau infirmier. Une fenêtre avec jalousie permet la surveillance visuelle depuis la salle de soins. Le lit est équipé de sangles de contention (pour les quatre membres et ventrale). Les médecins ne délivrent pas de prescription « si besoin ». Les prescriptions seraient renouvelées au bout de six heures, parfois douze. Cependant aucune disposition spécifique ne concerne les mineurs dans le protocole de l'établissement.

Selon le personnel soignant, la contention est rarement utilisée, ou pour un temps très court inférieur à trois heures. Pourtant, les données portées sur le registre montrent, sur six mois, douze décisions d'isolement et quatorze de contention, dont trois de plus de 24 heures.

Une réflexion institutionnelle mérite d'être engagée sur l'utilité d'une chambre d'isolement dans cette unité.

## 8.5 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AU LONG COURS EST INVESTIE

La file active des patients au long cours (patients hospitalisés à temps complet plus de 292 jours dans l'année) était en 2018 de 38 pour 12 917 journées. Elle était de 92 patients pour 32 286 journées en 2010 et a été réduite de moitié en 2013. Cette évolution est liée à la mise en place du pôle intersectoriel de soins et de réhabilitation de la Dordogne (PSRD).

Le pôle dispose de 43 lits répartis dans les unités Antonin Artaud et Frida Kahlo. Elles accueillent lors de la visite des contrôleurs 35 patients de 23 à 63 ans, tous sauf un placés sous mesure de protection. Un temps de psychiatre de 0,5 ETP pour deux unités, associé à la faible présence d'un médecin somaticien et d'un psychologue apparaît clairement insuffisant. Cependant la prise en charge est assurée du fait de l'engagement fort de la cheffe de pôle et de son équipe, dont une assistante sociale pour les deux unités. La politique du pôle est de demander systématiquement

la levée d'une mesure de SSC, sauf cas cliniques très particuliers. Tel était le cas de deux patients de l'unité Antonin Artaud, en SDDE lors de la visite des contrôleurs. Ces patients alternent des périodes de soins libres et sans consentement, mises en œuvre pour leur protection lorsque nécessaire. L'unité est ouverte sur l'extérieur de 10h à 12h et de 14h30 à 17h. Les patients, y compris en SSC, ont le droit et sont incités à sortir de l'unité, sauf prescription médicale, pour se rendre dans tous les lieux de l'établissement. En pratique ils fréquentent surtout la cafeteria et l'aumônerie.

Afin d'accompagner les patients vers l'autonomie, ce pôle départemental s'est doté d'outils diversifiés pour faciliter la transition vers le milieu ordinaire et le champ médico-social :

- deux maisons communautaires de cinq lits chacune : la maison de l'Isle et la maison relais<sup>11</sup>, toutes deux situées en lisière du CH Montpon-Ménéstérol, ont une fonction de tremplin pour préparer à la vie autonome les patients en sortie d'hospitalisation et présentant une stabilisation de leurs troubles et les compétences en matière d'autonomie. Il n'y a pas de présence soignante permanente, les patients viennent prendre leur traitement dans les unités d'hospitalisation, ils bénéficient de la prise en charge d'une équipe mobile de réhabilitation psychosociale et/ ou d'un hôpital de jour ;
- un hôpital de jour et une équipe mobile à orientation de remédiation cognitive disposant d'une équipe étoffée : 0,5 ETP de psychiatre, 1 ETP de neuropsychologue, 1 cadre, 4 IDE, 2 éducateurs spécialisés, 1 conseiller en économie sociale et familiale, 2 ergothérapeutes, 2 aides-soignantes, 0,5 ETP d'assistante administrative ;
- des appartements individuels en diffus, dont les résidents bénéficient de l'appui de l'équipe mobile.

Les orientations vers le médico-social pour les patients les moins autonomes de l'unité Antonin Artaud (maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisés) et pour les patients plus autonomes de l'unité Frida Kahlo (foyers occupationnels, foyers de vie) sont recherchées, par un important travail en réseau avec les structures sociales et médico-sociales du département et des départements limitrophes (Gironde, Charente, Corrèze). Cependant, l'accès à des places dans le secteur médico-social proche suppose un délai d'attente de plus de trois ans.

Pour les patients plus âgés, il y a une réelle difficulté d'accès au médico-social liée à la barrière des âges : entre 55 et 60 ans les foyers de vie ne les acceptent pas, pas plus que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le pôle continue d'accompagner les patients admis dans ce type de structures, y compris en assurant un accueil séquentiel pour une réévaluation du traitement.

Les orientations vers l'accueil familial social sont également recherchées, avec un appui de l'équipe mobile aux familles accueillantes dans le département et les départements limitrophes. Parfois, par défaut et dans l'attente de solutions plus pérennes, il est proposé des réponses séquentielles, tels des séjours en accueil temporaire de patients dans des structures médico-sociales (maximum 90 jours/an).

Pour améliorer la prise en charge des patients au long cours dans l'unité Antonin Artaud et desserrer le manque de places en structures médico-sociales pour des personnes en situation de

---

<sup>11</sup> Laquelle n'a pas le statut de maison relais, dispositif social et non pas sanitaire qui permet l'accueil de personnes à faible niveau de ressources et isolées dont la situation sociale, psychologique ou psychiatrique rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire.

handicap psychique, une réflexion est en cours entre le pôle et la direction du centre hospitalier pour envisager de transformer les lits de l'unité en places de structure médico-sociale du type foyer de vie ou foyer d'accueil médicalisé.

## 9. CONCLUSION

Le CHS Vauclaire, grâce à des équipes de direction et d'encadrement stables et investies, est apparu occuper pleinement sa place primordiale dans le département. Des filières de prise en charge de qualité s'y sont déployées, notamment en addictologie, soins de réhabilitation et psycho-gériatrie. En pédopsychiatrie, la qualité des locaux et l'équipe soignante sont apparus constituer le point fort de l'unité d'hospitalisation complète. Cependant, la prise en charge régulière d'adolescents dans des unités pour adultes n'offre pas des conditions d'hospitalisation adéquates.

Si le pôle de Bergerac dispose de locaux récents et adaptés, le site de Montpon-Ménéstérol présente l'avantage de disposer d'un grand nombre de lieux transversaux et de l'appui d'associations anciennes et actives. En revanche des pavillons anciens (PSRD, Aladin), quoiqu'entretenus, méritent d'être totalement repensés.

Le personnel soignant s'est montré ouvert aux échanges, impliqué et soucieux de dispenser des soins de qualité au quotidien, même si connaissant mal les droits des patients ils ne savent pas les leur expliquer. Ces derniers perçoivent certaines restrictions de liberté comme arbitraires mais ont globalement dit être satisfaits de leurs relations avec les professionnels. L'ambiance de travail est apparue saine quoique le personnel s'interroge et s'inquiète sur les réorganisations à venir et sur la concertation qui les accompagnera.

**Cependant, ceci ne doit pas laisser penser qu'un hôpital peut remplir sa mission sans médecins.**

Un certain nombre de services du site de Montpon-Ménéstérol fonctionnent depuis plusieurs années sans la présence de médecin stable. Des unités particulièrement sensibles telles l'USIP ou la pédopsychiatrie, l'unité Aladin jusqu'en début d'année, voient se succéder des médecins intérimaires dont la durée d'exercice ne permet ni des prises en charge individuelles suivies ni la réflexion sur des projets de service. Les délais de consultation ambulatoire sont trop longs.

Dans ce contexte de pénurie médicale, il apparaît nécessaire que l'ARS coordonne la réflexion collective sur les filières et parcours de soins à l'occasion de la rédaction du volet de santé mentale du GHT et du projet territorial de santé mentale. Chargée d'analyser sur le plan régional les pratiques d'isolement et de contention en lien avec les rapports de la CDSP, l'ARS doit également impulser la réflexion à l'échelle de l'établissement. Enfin la CDSP doit s'impliquer pleinement dans ses missions de contrôle du respect des libertés individuelles.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)